Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. A. Hirsch

Psychische Folgen nach einer Ablatio mammae und deren Bewältigung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EDELTRAUD HARTMANN
aus Worndorf

1985

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. A. Hirsch

Psychische Folgen nach einer Ablatio mammae und deren Bewältigung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EDELTRAUD HARTMANN
aus Worndorf

1985

Dekan:	Professor Dr. H. D. Waller
1. Berichterstatter:	Professor Dr. S. Kunz
2. Berichterstatter:	Privatdozentin Dr. E. Heidemann

Druck: Zeeb-Druck, Tübingen 7 (Hagelloch)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	PROBLEMSTELLUNG UND LITERATURÜBERBLICK	
1.1	Problemstellung	1
1.2	Literaturüberblick	3
1.2.1	Mastektomie in der Einschätzung gesunder Frauen	3
1.2.2	Individuelle Bedeutung der Brust	3
1.2.3	Alter	5
1.2.4	Selbstbild	5
1.2.5	Verstümmelungsgefühl	7
1.2.6	Sexuelles Verhalten	9
1.2.7	Reaktion des Partners	11
1.2.8	Unspezifische psychosomatische Auswirkungen	12
1.2.9	Soziale Kontakte	12
1.2.10	Bewältigungsversuche	13
1.2.11	Prävention psychischer Störungen	15
1.2.12	Rehabilitation	15
2.	PATIENTENGUT UND METHODEN	
2.1	Patientengut	20
2.2.1	Altersverteilung	21
2.1.2	Familienstand	21
2.1.3	Schulabschluß	21
2.1.4	Beruf	22
2.1.5	Berufsausübung	22
2.1.6	Monatliches Bruttoeinkommen	22
2.1.7	Schulabschluß des Ehemanns/Partners	23
2.1.8	Beruf des Partners	23
2.1.9	Monatliches Bruttoeinkommen des Haushalts	23
2.1.10	Kinderzahl	24
2.1.11	Operationstermin	24
2.2	Methoden	25
3.	ERGEBNISSE	
3.1	Krebserkennung und "personal delay"	25
3.2	Selbstbild, Verstümmelungsgefühl	26
3.2.1	Phantomschmerz	26
3.2.2	Verstümmelung "Anders"sein	28
3.2.3	Selbsteinschätzung als auffallend, belastend	29
3.2.4	Vollwertigkeit als Frau	30
3.3	Sicherheit nach außen	31
3.4	Pflege der Erscheinung und des Körpers	33
3.5	Seelische Reaktionen	34
3.6	Medikamenten- und Genußmittelmißbrauch	35
3.7	Befinden, Leistungsfähigkeit	36
3.8	Rückzug von der Umwelt	37
3.9	Neue Aktivitäten, Zukunftspläne	38
3.10	Kommunikation	40
3.11	Annahme von Hilfe	43
3.12	Partnerbeziehung allgemein	44
3.13	Sexualität	46
3.14	Interkorrelationen	48
3.15	Abhängigkeit von soziologischen Parametern	50
3.16	Weitere Parameter	51

...

INHALTSVERZEICHNIS FORTSETZUNG

		Seite
4.	DISKUSSION	
4.1	Krebserkennung und "personal delay"	51
4.2	Selbstbild, Verstümmelung	52
4.2.1	Phantomschmerz	52
4.2.2	Verstümmelung, "Anders"sein	52
4.2.3	Selbsteinschätzung als auffallend, belastend	53
4.2.4	Vollwertigkeit als Frau	53
4.3	Sicherheit nach außen	54
4.4	Pflege der Erscheinung und des Körpers	54
4.5	Seelische Reaktionen	54
4.6	Medikamenten- und Genußmittelmißbrauch	54
4.7	Befinden, Leistungsfähigkeit	55
4.8	Rückzug von der Umwelt	55
4.9	Neue Aktivitäten, Zukunftspläne	56
4.10	Kommunikation	56
4.11	Annahme von Hilfe	57
4.12	Partnerbeziehung	57
4.13	Sexualität	58
4.14	Interkorrelationen	59
4.15	Abhängigkeit der Fragenbeantwortung von soziologischen Parametern	59
4.15.1	Alter	59
4.15.2	Familienstand	60
4.15.3	Berufstätigkeit	60
4.16	Andere Parameter	61
4.16.1	Soziale Schicht	61
4.16.2	Kinderzahl, Operationstermin	61
4.16.3	Misogynie	61
4.17	Schlußfolgerung	61
5.	ZUSAMMENFASSUNG	63
6.	ANHANG: FRAGEBOGEN	
7.	LITERATURVERZEICHNIS	
	LEBENSLAUF	

1. PROBLEMSTELLUNG UND LITERATURÜBERBLICK

1.1 Problemstellung

Currier (1966) stellt fest, daß die Diagnose "Krebs" für jeden Menschen eine der schockierendsten Erfahrungen im Leben ist. Krebs wird nicht nur als allgemeine physische Verletzung oder Bedrohung des Lebens empfunden, sondern genauso stark als emotionale Katastrophe, als Zusammenbruch der Existenz als Persönlichkeit und der Möglichkeiten, zum Leben weiter beizutragen und vom Leben weiter etwas zu empfangen. Krebs wird gesehen - oft eher unbewußt als bewußt - als eine Verletzung des eigenen Körperbildes und des Selbstverständnisses als vollständige Persönlichkeit und daher als Bedrohung der Bedeutung und des Wertes als Person. Obwohl es paradox erscheint, können Befürchtungen, aufgrund der körperlichen Verunstaltung sozial nicht mehr akzeptabel zu sein und emotional isoliert zu werden, bei weiterem stärkere Angst verursachen als die Furcht vor dem Tode selbst oder vor dem Wiederkehren des Krebses. Trotz vorhandener Todesangst gibt es einige Patienten, die es vorziehen würden, zu sterben als verstümmelt weiterzuleben.

Gefühle der Verunstaltung, der verminderten oder verlorenen Gesellschaftsfähigkeit, Angst vor dem Verlust der emotionalen Bindungen, ein gemindertes Selbstwertgefühl, diese Probleme können bei allen Krebspatienten auftreten. Der Verlust der Brust bringt aber auch noch spezifischere Probleme mit sich. Um diese verstehen zu können, soll zuerst die Bedeutung der Brust für die Frau und in der Gesellschaft aufgezeigt werden.

I. Die Brust als Zeichen der Weiblichkeit, der sexuellen Identität

Im Eigenbild der Frau und auch im Fremdbild durch andere

hat die Brust ihren festen Platz. Erst durch sie wird das Mädchen zur Frau; sie sind äußerer Ausdruck und Gewähr für ihr Frausein.

II. Die Brust als Zeichen der Attraktivität
Die Brust ist wohl der betonteste Körperteil der Frau in unserer Kultur. Brustgröße und -form wird oft präsentiert als Kriterium für sexuelle Attraktivität und persönliches Glück. In der Werbung wird die Darstellung wohlgestalteter Busen als Kaufreiz eingesetzt.

III. Die Brust als sexuelles Organ
Die sexuelle Stimulation der Brust kann in der Sexualität der Frau eine wichtige Stellung einnehmen, sie kann auch für den Partner eine notwendige Voraussetzung für einen befriedigenden Verkehr sein.

IV. Die Brust als Stillorgan, Rolle der Frau als Mutter
Die Brust als Stillorgan bedeutet etwas einmalig Weibliches - die Funktion der Mutter. Auch bei nichtstillenden Frauen besteht oft eine, wenn auch zum Teil unbewußte symbolische Verbindung zwischen Brust und Mutterschaft.

Eine operative Entfernung der Brust kann also eine Frau vor eine Reihe von Problemen stellen. Sie erlebt nicht nur einen körperlichen, sondern auch einen symbolischen Verlust. Sie muß sich mit der neuen Realität abfinden als auch mit der Reaktion der Umwelt auseinandersetzen. Ziel dieser Untersuchung soll es sein, am Patientengut der Universitätsfrauenklinik Tübingen der Jahre 1973 - 1976 repräsentativ zu ermitteln, welche Veränderungen nach der Operation im Leben der Patientinnen auftreten, wie sie mit der neuen Situation umgehen und ob die Bewältigung abhängig ist von Faktoren wie Alter, sozialer Schicht, Verhalten des Partners und anderen Bezugspersonen, Betätigungsmöglichkeiten und der Einstellung zur Rolle als Frau.

Praktische Auswirkungen könnten darin bestehen, im Wissen um die anstehenden Probleme die Patientinnen darin zu unterstützen, die neue Situation zu bewältigen.

1.2 Literaturüberblick

Zu den psychischen Folgen einer Brustamputation und deren Bewältigung nehmen verschiedene Personen- und Berufsgruppen Stellung. Es sind dies selbst betroffene Frauen, Krankenschwestern, Gynäkologen, Chirurgen, Mitarbeiter des Reach-to-Recovery-Programms, Psychologen und Psychiater. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktionen werden von diesen Gruppen unterschiedliche Aspekte beleuchtet. Um einen Überblick über die meist deskriptiven Arbeiten zu erhalten, werden sie im folgenden thematisch gegliedert.

1.2.1 Mastektomie in der Einschätzung gesunder Frauen

Wenderlein (1976) stellt die erwartete Belastung einer Mastektomie gegenüber die einer Hysterektomie. 45 % der gesunden Frauen hielten die Mastektomie, nur 4 % die Hysterektomie für seelisch belastender, 51 % hielten die Eingriffe für gleich belastend. Nach der Mastektomie würde sich die Hälfte der Frauen nicht mehr vollwertig fühlen. Auswirkungen auf das Verhältnis zum Partner erwarteten 55 %. Die Frauen gaben der Brust für die Sexualität zu 32 % große, zu 54 % mittlere, zu 11 % geringe und zu 3 % keine Bedeutung. Die Mastektomie wurde von zwei Drittel als vom Alter unabhängige Belastung bezeichnet. Die Leistungsfähigkeit in Beruf und Haushalt wurde nach der Operation von 29 % als erheblich, zu 44 % gering und zu 27 % als nicht beeinträchtigt erwartet.

1.2.2 Individuelle Bedeutung der Brust

Renneker & Cutler (1952) unterscheiden zwischen der

normalen und neurotischen Frau. Sie stellen fest, daß die Einstellung zur weiblichen Rolle sich im Verhältnis zur Brust, dem sichtbaren äußeren Geschlechtsmerkmal widerspiegle. Demnach akzeptiere eine sexuell "normal" entwickelte Frau ihre Brust unabhängig von deren Aussehen. Nach erfolgreicher Heirat und Mutterschaft und nach dem Klimakterium verliere dann die Brust ihren Stellenwert, ein Verlust sei in diesem Stadium entsprechend erträglich. Eine Störung der sexuellen Entwicklung aber führe zur "neurotischen" Frau, die ihre Weiblichkeit nicht akzeptiere und an ihren weiblichen Fähigkeiten zweifle. Die Brust werde entweder versteckt gehalten oder besonders betont. Die Brust werde damit zum Focus für einen inneren Konflikt. Eine Amputation könne diesen Konflikt heraufbeschwören oder intensivieren.

Bard & Sutherland (1955) kritisieren dieses Konzept der Einteilung in normale und neurotische Frauen. Betont werden sollte vielmehr die Bedeutung bestimmter Erfahrungen für eine bestimmte Person in ihrer ganzen Lebensgeschichte.

Woods (1975) betont mehr die gesellschaftlichen Normen und deren Verinnerlichung, die das Ausmaß des Verlustes bestimmen können, das die Frau nach einer Mastektomie erlebt. Je mehr sie glaubt, ihr Wert und ihre soziale Akzeptierbarkeit hänge von ihrem Aussehen ab, desto mehr werde ihre Existenz bedroht.

Heyde & Aban (1973) bemerken, daß die Brust als Symbol der Weiblichkeit so tief in das Körperbewußtsein eingebettet sein kann, daß bei deren Verlust gleichzeitig das Gefühl, Frau zu sein, gestört sein kann.

Wenderlein (1977a) fand eine Schichtabhängigkeit bei der Einschätzung der Bedeutung der Brust: die Wertbeimessung war bei den Frauen mit höherem Schulabschluß geringer; er fand aber auch eine Unabhängigkeit von Persönlichkeitsfaktoren (gemessen mit dem Freibürger Persönlichkeits-Inventar).

1.2.3 Alter

Über die Auswirkung des Alters bestehen sehr unterschiedliche Aussagen. Cocke (1975) behauptet, daß die Amputation am schwerwiegendsten sei für junge Frauen, die gerade in der Blüte ihrer sexuellen Aktivität stehen.
Klein (1971) sieht die Ursache für die starke Reaktion der jungen Patientin in der plötzlichen Konfrontation mit ihrer Sterblichkeit. Für die ältere Patientin sieht er das Problem, daß die Mastektomie, die sich ohnehin schon ereignende Schwächung durch das Alter bestätigt.
Auch Renneker & Cutler (1952) glauben, daß die ältere Frau schwer betroffen werde, da sie bereits mit dem Verwelken ihrer Attraktivität konfrontiert ist und so ihr Selbstbild weiter verunsichert wird.
Heyde & Aban (1973) stellen fest, daß Frauen über 60 in der Hauptsache ihr körperliches Leid beklagen und nicht so sehr die Gefährdung der Ehe.
Woods (1975) stellt dagegen die These auf, es gebe überhaupt keine Altersabhängigkeit, da das sexuelle Interesse mit dem Alter nicht abnehme, es bestehe vielmehr ein Unterschied zwischen den Frauen, die in einer harmonischen Partnerschaft stehen und denen, die keinen festen Partner haben und bei der Suche nach einem Partner durch die Amputation gehandikapt seien.
Auch Bard & Sutherland (1955) geben an, daß die Bedeutung der Amputation nicht vom Alter abhängig sei. Die Brust nehme vielmehr eine individuelle Bedeutung bei jeder Frau ein, die nicht auf mysteriösem Weg mit der hormonellen Umstellung verschwinde.

1.2.4 Selbstbild

Nach Woods (1975) hat die Patientin folgende neue Aspekte in ihr Körperbild einzubauen: den Verlust der Brust, den Verlust von Muskeln mit der Folge der verminderten Beweg-

lichkeit, die Größe und Beschaffenheit der Narbe, den Schmerz und die Empfindlichkeit des operierten Bezirks und das eventuell entstandene Armödem. Dies könne ihr Selbstbild schwer beeinträchtigen.
Nach Comazzi (1975) zeigt die Patientin in der postoperativen Phase Depression und Angst, Identitätsverlust und ein verändertes Körperbild mit dem Gefühl der Verstümmelung. Nach Ansicht des Autors sind diese Schwierigkeiten umso ergreifender für die Patientin, je verwirrter die bisherige Identifikation und Annahme der weiblichen Rolle waren. Folgende Faktoren oder auch nur die Angst vor deren Eintreten können die Depression induzieren:

1. Verlust der Zugehörigkeit zu ehemaligen Gruppen
2. Modifizierung des Lebensstils
3. Zusammenbrechen der Zukunftsprojekte
4. Abbruch der affektiven und sexuellen Bindungen
5. Verlust der Arbeitskapazität

Klein (1971) findet, daß die Patientin sich selbst als eine Person sieht, die unwert und unfähig ist, ihre normalen Funktionen auszufüllen.
Manche Frauen entwickeln laut Bard & Sutherland (1955) ein starkes Gefühl der Verletzlichkeit, Menschenansammlungen, z.B. im Geschäft oder im Bus, werden gemieden aus Angst, schon das geringste Trauma könne die Wunde wieder zum Platzen bringen. Manche trauen sich nicht, sich körperlich anzustrengen. Die Angst vor Verletzung kann schließlich der einzige Grund für die Nichtwiederaufnahme sexueller Beziehungen sein. Manche dehnen ihre Furcht auf den ganzen Körper aus. Sie glauben, nur ein intakter Körper können einer Krankheit oder Verletzung Widerstand bieten.
Zweifel an der eigenen geschlechtlichen Identität können zu schweren sexuellen Krisen bis zum völligen Abbruch der sexuellen Beziehung führen (Woods, 1975).

Nach Bard & Sutherland (1955) kann das Gefühl, jetzt halb Mann, halb Frau zu sein, entstehen. Manche glauben sogar, sie würden ja ihren Mann betrügen, da ihnen ein wesentliches Sexualattribut fehle.
Nach Leis (1971) ist die Situation, nur noch eine Brust zu haben, mit Ambivalenz beladen. Diese kann gehegt werden als Symbol der Weiblichkeit, verbleibt aber dennoch als eigentlich "nichtfunktionierendes" Organ. Wenige Frauen verwenden sie als sexuellen Stimulus, nur wenige erlauben ihre Berührung beim Verkehr. Weiter kann die Angst vor dem Krebsbefall der zweiten Brust ihren Gebrauch und ihren Wert weiter einschränken.
Ein weiterer Aspekt der Geschlechtsidentität geht verloren, wenn die Kinder aufgrund körperlicher Beschwerden nicht mehr selbst versorgt werden können, wenn die Mutterrolle an eine andere Person abgegeben werden muß. Ähnlich ist es, wenn die hausfrauliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann. Durch Komplikationen der Operation (Narbe, Armödem) oder allgemeine Schwächung kann oft einer vorherigen Berufstätigkeit nicht mehr nachgegangen werden. Brustamputierte Frauen werden auch nicht mehr weiterbeschäftigt, wenn der Beruf Repräsentationspflichten oder ein gutes Aussehen verlangte. Wie stark der Abbruch der Berufstätigkeit dem Selbstwertgefühl der Frau abträglich ist, hängt von der vorher in der Arbeit gefundenen Befriedigung ab und auch davon, ob sie nach der Operation andere adäquate Handlungsfelder finden kann (Woods, 1975).

1.2.5 Verstümmelungsgefühl

Crile (1974a/1974b) betont in seinen Veröffentlichungen immer wieder, wie stark die Furcht vor dem Verlust der Brust und der damit verbundenen Verstümmelung noch eher als die Angst vor der möglicherweise tödlichen Krankheit das Hinauszögern des Arztbesuchs bewirkt. Er zieht daraus die

Konsequenz, nur noch möglichst eingeschränkt zu operieren und die Brust soweit als möglich zu schonen, und erhofft sich aus dem Publikwerden dieser Tatsache eine frühere Bereitschaft der Frau, nach Entdeckung eines Knotens zum Arzt zu gehen.

Auf dem Chirurgenkongress (Müller-Christiansen, 1977) wird darauf hingewiesen, daß immer noch zwischen dem Feststellen einer Brustveränderung und dem Beginn der Therapie bei jeder 4. Frau acht Monate verstreichen, meist ebenfalls aus dem Grund, daß sich die Frau mehr vor der Verstümmelung als vor der Krankheit fürchtet.

In Getting it off my Chest (1975) schildert eine Patientin, wie sehr sie immer wieder das Gefühl der Verstümmelung erlebte, beim Baden und Anziehen nur mit sich selbst konfrontiert, bei der Kleideranprobe aber auch mit dem möglichen Dazutreten der Verkäuferin und auf dem Flughafen mit der Beamtin, die ihren Körper abtastet.

Auch Heyde & Aban (1973) erlebten Frauen, bei denen allein der ästhetische Gesichtspunkt der Narbe Ekelgefühle vor dem eigenen Körper auslöste, die sich scheuten, in den Spiegel zu schauen, geschweige denn, sich vor dem Ehepartner auszuziehen.

Bard & Sutherland (1955) stellen fest, daß der tägliche Verbandswechsel schon ein unangenehmes Ereignis darstellt, da dabei der entstellte Körper den eigenen Blicken und denen der anderen exponiert ist. Es sind gefürchtete, unausweichliche und wiederholte Demonstrationen der körperlichen Deformierung. Gefühle wie Ekel, Schrecken und Selbsthaß können entstehen. Manchmal werden Techniken entwickelt, wie das Baden und Ankleiden ohne Ansehen des Körpers verrichtet werden kann. Das Gefühl der Verstümmelung kann sich aber auch generalisieren und weitere Bereiche beeinflussen. Oft wird das Leben nicht mehr als lebenswert betrachtet, manche Frauen sind überzeugt, daß eine

deformierte und entstellte Person von der Gesellschaft sehr gering geschätzt wird und dementsprechend auch behandelt wird. Angst entsteht, von den eigenen Kindern als Krüppel betrachtet zu werden.
Cocke (1975) berichtet über die Gründe, die Frauen zu ihm mit der Bitte um Brustrekonstruktion führen. Sie wollen nicht mehr ständig mit ihrem verstümmelten Körper konfrontiert sein, können sich nicht mit ihrem Aussehen zurechtfinden und weigern sich manchmal sogar, sich selbst anzusehen.

1.2.6 Sexuelles Verhalten

Heyde & Aban (1973) geben an, daß der Faktor der körperlichen Unversehrtheit mit seiner tiefen Verwurzelung in der Psyche anscheinend für Libido und Orgasmus von erheblicher Relevanz sei.
Eicher & Herms (1976) bestätigten dies mit ihrer systematischen Untersuchung an 100 brustamputierten Frauen. 28 % davon kamen vor der Operation regelmäßig zum Orgasmus, nach der Operation nur noch 13 %. Häufigen Orgasmus hatten vor der Operation 22 %, nachher 9 %. Anorgastisch waren vor dem Eingriff 7 %, nachher 11 %. 68 % gaben ihr sexuelles Interesse vor dem Eingriff als normal an, nachher waren es nur noch 26 %. Eine Alibidimie bestand vorher in 12 %, nachher in 38 %. Die Hälfte der Patientinnen hatte zum Zeitpunkt der Untersuchung, das heißt mindestens ein halbes Jahr nach der Operation, den Verkehr nicht wiederaufgenommen.
Auch von Cocke (1975) werden als häufiger Grund für das Verlangen nach einer Wiederherstellung der Brust eheliche Schwierigkeiten genannt.
Oft fürchten die Frauen die sexuelle Zurückweisung durch den Mann. In Träumen kann dies besonders deutlich werden, fanden Bard & Sutherland (1955). So beschäftigten sich

manche dieser Träume damit, wie der Ehemann sich anderen Frauen zuwendet, meist solchen mit auffälligen Sexualattributen. Die günstigste Konstellation sehen Bard & Sutherland in einer Ehe mit einer warmen unterstützenden Beziehung, mit guter Kommunikation und sexueller Übereinstimmung. War die Ehe aber schon vorher belastet mit Spannungen, Mißtrauen, Zurückweisungen und sexueller Inkompatibilität, so wird die Operation eine weitere Erschütterung der Beziehung bedingen. Der Ehemann kann mit beträchtlichen und komplizierten Problemen konfrontiert sein, die zum Teil erst sekundär auf das Verhalten der Frau entstehen. Wenn sie zum Beispiel ihre weiblichen Attribute und ihre sexuelle Attraktivität als die entscheidenden Faktoren in ihrer Ehe betrachtet, kann sie glauben, daß die Ehe automatisch gestört sein muß, und infolgedessen sein Verhalten mißinterpretieren.

Auch Woods (1975) bestätigt, daß für die Wiederaufnahme bzw. Nichtwiederaufnahme sexueller Beziehungen oft nicht die Reaktion des Partners selbst, sondern deren Einschätzung entscheidend ist. Durch diese geistige Vorwegnahme wird das Verhalten der Frau bestimmt (Fehleinschätzungen können hier einen Circulus vitiosus einleiten). Kann das Paar aber offen über Gefühle und Ängste kommunizieren, so kann die Problematik bald bewältigt sein. Manchmal wird die Amputation auch als formaler Grund verwandt, die Beziehung nicht mehr aufzunehmen, wenn sie vorher schon nicht zufriedenstellend war. Für die Frau kann die Stimulation der Brust ein wesentlicher Bestandteil des sexuellen Zusammenseins gewesen sein. Das Fehlen der erregten Brust kann zum Abflachen oder Verschwinden des Orgasmus führen.

Bei Wenderlein (1976) gaben 32 % der Brust große, 54 % mittlere, 11 % geringe und 3 % keine Bedeutung für die Sexualität.

1.2.7 Reaktion des Partners

Der Ehemann kann Abwehrhaltungen zeigen, die laut Heyde & Aban (1973) zwar von der Frau meist mit Verständnis bedacht werden, aber dennoch Gefühle des Verstoßenseins und der Unattraktivität auslösen können. Es entstehen Ängste, der Mann könne sich "normalen" Frauen zuwenden, obwohl organisch gesehen der sexuelle Vollzug ja nicht beeinträchtigt ist.
Nach Bard & Sutherland (1955) ist für den Mann tatsächlich manchmal die Attraktivität seiner Frau ein entscheidender Faktor für seine sexuelle Befriedigung. Er kann zwar versuchen, seine Gefühle geheimzuhalten, seine Spannung wächst aber an und Angst, Schuld oder Wut manifestieren sich. Manchmal konfrontriert der Zustand der Frau den Mann auch mit seiner eigenen Angst vor Wunden oder Verletzungen. Dies könne zum vorübergehenden unkontrollierten Rückzug führen, habe aber nichts mit seinen wahren Gefühlen für seine Frau zu tun.
Auch Woods (1975) findet, daß eine brustamputierte Frau stark das Eigenbild des Partners bedrohen kann, besonders wenn dieses in seiner Qualität von dem Äußerlichen der Frau abhing. Ähnlich wird seine sexuelle Selbsteinschätzung sich verschlechtern, wenn sie von der Beurteilung seiner peer group, die als Kriterium das Aussehen seiner Frau wählten, abhängt. Er kann sich auch ganz von seiner Frau zurückziehen, wenn er die Konfrontation mit seiner eigenen Angst vor Verstümmelung nicht ertragen kann. Beim Verkehr selbst kann es zu Störungen kommen, wenn die Brust für ihn bisher ein bedeutender Stimulus war.
Klein (1971) gibt an, daß der Mann im Glauben, er sei unfähig, seiner Frau Hilfe zu geben, Schuldgefühle entwikkeln kann und seine Resignation dem Zerfall der Ehe ihren Lauf lassen kann. Der Mann ist verunsichert, wie er auf seine Frau nach der Operation reagieren soll, und welche

neuen Bedürfnisse sie haben wird, die er erfüllen sollte. Darauf kann er mit Rückzug und Heraustreten aus der konfliktgeladenen Situation reagieren.
In selten*en* Fällen kann der Ehemann die Depression oder das Invaliditätsgefühl seiner Frau noch verstärken, wenn er die schwache Position der Frau dazu mißbraucht, seine vorher schon bestehende, aber nicht geäußerte Feindseligkeit zu zeigen (Bard & Sutherland 1955).
Renneker & Cutler (1952) zählen günstige Verhaltensweisen des Mannes auf. Er solle zärtlich, liebevoll und aufmerksam sein, Geschenke, die andere Attribute der Weiblichkeit verstärken wie Kleider und Kosmetika, machen. Außerdem solle er versichern, daß seine Liebe durch die Amputation nicht verändert werde. Er solle am Heilungsvorgang Interesse zeigen und nicht vor der Wunde zurückschrecken. Er solle seiner Frau erklären, daß die Operation notwendig gewesen sei, schon allein um ein weiteres langes Zusammenleben zu ermöglichen.

1.2.8 Unspezifische psychosomatische Auswirkungen

Bei Bard & Sutherland's Untersuchung (1955) schilderten sich die Frauen selbst als nervös, ungeduldig und als unangenehme Zeitgenossen. Die Autoren interpretierten dies so, daß dahinter der unbewußte Glaube stecke, daß die Familie unfähig gewesen sei, sie vor dieser Verletzung zu schützen.
Evans (1975) berichtet über sich selbst, daß sie, obwohl sie sich wieder gut integriert fühlte, noch lange unter Schlaflosigkeit, Alpträumen und stundenlangem Grübeln litt.

1.2.9 Soziale Kontakte

Evans (1975) hat an Reaktionen ihrer Umwelt erlebt, daß Freunde zu Bekannten wurden, aber daß sie auch von anderen

gemieden wurde, die im Kontakt mit ihr zu sehr mit ihrer eigenen Krebsangst konfrontiert waren.
Bard & Sutherland (1955) bemerken, daß die meisten Frauen sehr darauf bedacht sind, daß ihre Amputation nicht bekannt wird. Da dies oft mit einer Isolation verknüpft ist, die zwar erst von der Frau selbst betrieben wird, sich dann aber verselbständigt bzw. von der Umwelt weitergetragen wird, vermindert sich die Selbstachtung der Frau noch mehr. Dadurch geht ihr aber zusätzlich die Voraussetzung zur Aufnahme von Kontakten verloren. Für Frauen, deren gutes äußeres Aussehen der entscheidende Faktor zur Kontaktaufnahme war, kann sich die Amputation verheerend auswirken.
Heyde & Aban (1973) sehen in der Vereinsamung der Frau eine weitere Gefahr: der Arznei- und Genußmittelmißbrauch. Dies kann dann noch mehr die zwischenmenschlichen Beziehungen verschlechtern.

1.2.10 Bewältigungsversuche

Evans (1975) schreibt von sich selbst, daß für sie erst eine wirklich passende Prothese den Wiedereintritt ins Alltagsleben möglich machte. Sich sobald als möglich wieder selbst versorgen zu können, besserte ihre Stimmung erheblich und sie konnte sich selbst wieder einen größeren Wert beimessen.
Bard und Sutherland (1955) verstehen Ausdruck von Ärger und anwachsende Abhängigkeit vom Klinikpersonal als positive Merkmale, die einer Bewältigung vorangehen können. Sie können dahingehend verstanden werden, daß die Frau bereit ist, Unterstützung von anderen anzunehmen und zu brauchen. Patientinnen, die sich früh selbst versorgen, können zum größeren Problem werden, da sie unfähig sein können, sich an andere zu wenden, wenn sie Sorgen haben. Mit ihrem Ärger kann die Frau zeigen, daß sie sich verletzt fühlt. Allgemein kann die Reaktion der Frauen von Lethargie bis Überak-

tivität reichen. Manche Frauen möchten möglichst schnell entlassen werden, sie sagen, sie könnten sich nur zuhause effektiv erholen, nur ihre Familie und ihre Freunde könnten ihr die dazu notwendige Wärme und Unterstützung geben. Dennoch nehmen einige Frauen zuhause ihre gewohnten Funktionen nicht sofort wieder auf. Dies hat oft mehr psychische als physische Gründe, die angetane Verletzung braucht eine lange Periode der Heilung. Andersherum zeigt auch eine überstürzte Aufnahme der Arbeit psychische Probleme an: den Versuch, die Verletzung oder die Erkrankung zu leugnen. Es kann aber auch den Versuch darstellen, den Unwert, den sie glaubt, für ihre Familie als "Krüppel" darzustellen, zu kompensieren.
Beck et al.(1975) fanden vier verschiedene Bewältigungsmechanismen:

a) Reaktive Depression, Rückzug, Todesphantasien
Diese Phase war im allgemeinen kurzdauernd und wurde bald durch andere Mechanismen ersetzt.

b) Verstärkte Realitätszuwendung und überkompensatorische Leistungshaltung
Arbeit bekommt eine Ich-stärkende und die innere Ohnmacht kompensierende Funktion.

c) Verdrängung und Verleugnung der carcinomatösen Erkrankung und Mobilisierung von magischem Denken

d) Mobilisierung von Selbstbestrafungstendenzen
"Wenn die Krankheit Folge eines eigenen Versagens ist, dann hat sie wenigstens einen Sinn."

Verdrängung und Verleugnung von emotionalen Spannungen

werden mit diesen vier Mechanismen erreicht. Der Autor findet diese Tendenz auch in der idealisierenden Schilderung der Mutter und des frühkindlichen Familienklimas und in der Unfähigkeit zur Gestaltung und Äußerung von aggressiven Gefühlen. Schon in der prämorbiden Zeit haben diese Persönlichkeitsmerkmale die Brustkrebspatientinnen ausgezeichnet.

1.2.11 Prävention psychischer Störungen

Bard & Sutherland (1955) meinen, daß es für den Arzt wichtig ist, die ersten Gefühle der Frau beim Entdecken der Brustveränderung zu kennen, damit er ihre emotionalen Bedürfnisse verstehen und darauf eingehen kann. Die Diagnosenübermittlung bedürfe eines warmen unterstützenden Einfühlungsvermögens. Wächst nämlich die Angst oder entsteht sogar Mißtrauen gegen den Arzt, so kann dies den ganzen weiteren Krankheits- und Operationsverlauf negativ beeinflussen.
Downie (1975) fordert präoperativ eine umfassende Aufklärung der Patientin über das mögliche Ausmaß der Operation, die keine Zweifel hinterläßt. Die Anwesenheit des Ehemanns kann erforderlich bzw. günstig sein. Der Patientin sollte bereits in dieser Phase versichert werden, daß ihr Aussehen unter der Operation nicht leiden werde, daß sie weiter ein normales Leben führen könne, besonders auch in sexueller Hinsicht. Informationen über Prothesen sollten bereits übermittelt werden.

1.2.12 Rehabilitation

Jede postoperative somatische Komplikation, und sei sie noch so geringfügig, erscheint nach Bard & Sutherland (1955) der Patientin extrem bedrohlich. Sie wird inter-

pretiert als Wiederausbruch der Krankheit oder als schlechtes chirurgisches Resultat, das eines zweiten Eingriffes bedarf. Deshalb sollte das Auftreten von Komplikationen möglichst verhindert werden, bzw. bei aufgetretener Komplikation der Arzt unbedingt die Zeit zur Aufklärung über deren Schwere bzw. Geringfügigkeit aufbringen.
Downie (1975) bestätigt dies und rät auch zur Ermutigung der Patientin, bald wieder Kontakte aufzunehmen und ihr Leben aktiv zu gestalten. Noch während des Krankenhausaufenthaltes sollte eine provisorische Prothese angewandt werden, später eine nach Größe und Gewicht gut angepaßte Prothese. Witze über das "Ersatzteil" sollten unterlassen werden, da sie die Patientin schwer verletzen können. Der Besuch einer Expatientin, die gesund und gut wiedereingegliedert ist in ihr normales Leben, kann sehr hilfreich sein. Bei sexuellen Problemen kann eine psychiatrische Beratung notwendig werden.
Akehurst (1974) vertritt ähnliche Forderungen.
Roberts (1975) weist auf die Möglichkeit hin, daß die Krankenschwester die Patientin anregen kann, mit ihr über ihre Gefühle und Ängste zu sprechen, und so mit ihr eine Art therapeutischer Gemeinschaft einzugehen.
Auch Comazzi (1975) fordert eine psychologische Unterstützung in der postoperativen Phase, da die depressiven Züge auf dem Verlust der Selbstachtung und der mangelnden Identitätsfindung basieren. Erst nach deren Überwindung sind Kontaktaufnahme und soziale Wiedereingliederung möglich. Meist ist die Frau auch dazu bereit, Unterstützung anzunehmen und sucht Rat, wie sie die nachteiligen Folgen der Amputation überwinden könnte.
Diese Phase nutzen auch die Mitarbeiter des Reach-to-Recovery- Program's. Markel (1973) erklärt deren Aufgaben, nach der Operation über Rehabilitation zu informieren und anhand ihrer eigenen Person, die die Krankheit überwunden hat, Identifikationsmöglichkeiten zu bieten. Sie stellen

aber nicht nur Muster geglückter Rehabilitation dar, sondern werden zusätzlich psychologisch für diese Aufgaben geschult.

Kent (1975), ein weiterer Mitarbeiter dieses Programms, zählt wichtige Gesprächspunkte auf. Die Betroffene soll darüber aufgeklärt werden, daß die Amputation ihre Fähigkeiten als Frau und als sexueller Partner nicht mindere, und dazu ermuntert werden, die sexuelle Beziehung möglichst bald wieder aufzunehmen. Sie soll darauf hingewiesen werden, daß Schmerzen der Narbe, eine geringe Entspannungsfähigkeit und Probleme beim Partner zwar auftreten können, meist aber nur einen passageren Charakter hätten. In adäquaten Fällen kann die Möglichkeit einer Brustrekonstruktion diskutiert werden.

Die Initiatorin der "Frauenselbsthilfe nach Krebs" U. Schmid hat 1977 Leitsätze für die Begegnung der Helferin mit der Patientin aufgestellt. Im ersten Gespräch nach der Operation soll sie sich vorsichtig an die Probleme der einzelnen Patientin herantasten, dabei soll sie durch ihre gute psychische und physische Verfassung zeigen, daß es möglich ist, das Tief zu überwinden. Bei weiteren Besuchen kann die Partnerschaft vertieft werden, der Kontakt wird auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht abgebrochen. Neben dem Erfahrungsaustausch stehen warmes Mitgefühl und echtes Verständnis im Mittelpunkt. Der Patientin soll geholfen werden, mit den eigenen Gefühlen über Krebs ins Reine zu kommen, denn Furcht vor neuen Operationen und Konfliktsituationen führen am schnellsten in ein neues Krebsstadium. Für den Heilungsprozeß ist die eigene Aktivität das wichtigste Moment.

Freeman (1976) weist eine ansteigende Tendenz zur Brustrekonstruktion in den letzten Jahren auf, deren Ursache er im Verlangen der Patientin nach Wiederherstellung ihres Körpers sieht.

Cocke (1975) warnt aber davor, vor einer Rekonstruktion

eine umfassende Aufklärung über Erreichbares und vor allem über nicht Erreichbares zu unterlassen. Die Patientin gibt sich sonst allzuleicht phantastischen Bildern über ihr späteres Aussehen hin und ist dann selbst mit einer operationstechnisch gelungenen Plastik nicht zufriedengestellt. Nach Asken (1975) sollte die Rehabilitation auf drei Ebenen erfolgen: physisch, kosmetisch und emotional. Die physikalische Therapie sollte zum Ziel haben, die Bewegungsfähigkeit der ipsilateralen Seite und der Schulter zu erhalten, Deformierungen wie vorgezogener Schulter oder Kyphose der Wirbelsäule vorzubeugen und allen möglichen widrigen Auswirkungen des Lymphödems zu begegnen. Die kosmetische Ebene ist ein zentrales Problem, letztlich könne der Verlust nur durch eine Brustrekonstruktion behoben werden. Allerdings müßten dann Operationstechniken angewandt werden, die die Brustzerstörung in Grenzen halten oder zumindest die Brustwarze erhalten. Erfahrungen mit solchen Methoden zeigten großen moralischen Auftrieb bei den Patientinnen, die sich darauf, also auf etwas Zukünftiges, freuen konnten und es als Beweis dafür nahmen, daß der Arzt in ihre Wiederherstellung vertraue. Trotz ausgebliebener kosmetischer Triumphe ergaben sich oft erstaunliche psychische Besserungen. Die psychische Stützung und Beratung soll bereits präoperativ begonnen werden. Ziel soll sein, ein individuell passendes Rehabilitationsprogramm aufzustellen. Als Themen werden vorgeschlagen: Überlegungen, was die Patientin wichtigen Personen ihrer Umwelt über ihre Situation offenbaren soll, Pläne für die nähere und fernere Zukunft, Dauer der Rehabilitation und die Funktion, die ihr dabei zukommt. Ihr sollte versichert werden, daß Perioden des Weinens normal sind, daß Schlaflosigkeit und Alpträume auftreten können, daß sich der Arm manchmal taub anfühlen kann. Auf jeden Fall sollte eine Atmosphäre geschaffen werden, in der die Patientin die sie bedrängenden Fragen stellen kann.

Um der Patientin noch mehr die Möglichkeit zu geben, ihre Gefühle auszudrücken, kann die Einzel- oder Gruppentherapie in Anwendung gebracht werden. Die Beratung der Familie stellt einen nicht auszulassenden Beitrag zur Wiedereingliederung dar, ferner sollte die Krankenhausentlassung sorgfältig geplant und vorbereitet werden.
Heyde & Aban (1973) fordern nicht nur eine langdauernde vielgestaltige psychische Führung der Patientin, sondern auch die Einflußnahme auf die Familie, speziell den Ehepartner. Nachhaltige Erfolge sind ihrer Meinung nach nur dann bei Krebskranken erreichbar, wenn psychagogische und therapeutische Bemühungen stattfinden, die tiefere Bereiche der Persönlichkeitsstruktur erfassen. Dazu sind nach ihren Erfahrungen hilfreich:

a) Rasche epithetische Versorgung der Brust

b) Erziehung zu einer rhythmischen Lebensführung mit Einordnung des Tagesablaufes in die zirkadianen Phasen

c) Einschränkung von Arznei- und Genußmitteln

d) Entspannungsübungen im Rahmen des autogenen Trainings

e) Klientenzentrierte Gruppentherapie nach C.R. Rogers oder die themenzentrierte Gruppentherapie nach R. Cohn.

f) Eine unter Berücksichtigung von Beschädigung, Intelligenzgrad und weiteren Persönlichkeitsmerkmalen auf die Einzelperson ausgerichtete Beschäftigungsthera-

pie, die mit dem Krebskranken Aufgaben erfolgreich löst, unentwickelte und verschüttete Bereiche der Seele anspricht und damit zur Wiedergewinnung des Selbstvertrauens sowie zur Entwicklung der Persönlichkeit mit dem elementaren Wunsch nach Selbstbehauptung beiträgt.

Speziell aus dem stark verringerten sexuellen Interesse und der verminderten Orgasmusfähigkeit der Patientin ziehen Eicher & Herms (1976) den Schluß, daß nach dem Eingriff dringend eine sexuelle Beratung des Paares notwendig ist. Auch wenn kein Anstoß dazu von der Patientin komme, sollte der Arzt hier die Initiative ergreifen.

2. PATIENTENGUT UND METHODEN

2.1 Patientengut

Befragt wurden die Frauen, die sich in den Jahren 1973 bis Mitte 1976 in der Universitätsfrauenklinik Tübingen einer Brustamputation zu unterziehen hatten. Nach Aussortieren der Patientinnen, deren Gesundheitszustand laut Krankenakte sehr schlecht war, und der über 70-jährigen, da zu befürchten war, daß altersbedingte Veränderungen die Beantwortung des Fragebogens erschweren oder verfälschen könnten, verblieben 61 Frauen, die angeschrieben wurden mit der Bitte um Mitarbeit. Insgesamt wurden 47 verwertbare Fragebögen zurückgeschickt, dies entspricht einer Rücksendequote von 77 %.

Von manchen Frauen wurde der leere Fragebogen zurückgesandt mit der Begründung, sie seien nervlich nicht dazu in der Lage, solche Fragen zu beantworten, oder sie lehnten es kategorisch ab, sich mit der Operation zu beschäftigen.

Dies kann ein Hinweis dafür sein, daß die Patientinnen, die mitgearbeitet haben, eine Auslese darstellen, in dem Sinne, daß sie fähig sind, sich mit der Operation gedanklich auseinanderzusetzen.

2.1.1 Altersverteilung

bis 40 Jahre:	2
41 bis 50 Jahre:	14
51 bis 60 Jahre:	15
61 bis 70 Jahre:	16

Arithmetischer Mittelwert: 55,5 Jahre.

2.1.2 Familienstand

	mit Partner zus. lebend	ohne Partner
verheiratet	30	0
ledig	1	5
geschieden	1	1
verwitwet	0	9
	32	15

2.1.3 Schulabschluß

Volksschule	25
Mittlere Reife, Handelsschule	14
Abitur	4
Hochschule	2
Keine Angabe	2

2.1.4 Beruf

Hausfrau	28
Selbständige, auch Landwirtschaft	3
ungelernte Arbeiterin	0
Facharbeiterin	1
Angestellte und Beamte des einfachen u. mittleren Dienstes	9
Angestellte und Beamte des gehobenen u. höheren Dienstes	4
keine Angabe	2

2.1.5 Berufsausübung

bis zur Erkrankung berufstätig	20
vorher mehrere Jahre nicht berufstätig	12
nie berufstätig	11
keine Angabe	4

2.1.6 Monatliches Bruttoeinkommen

bis DM 500,-	5
bis DM 1000,-	4
bis DM 1500,-	2
bis DM 2000,-	6
über DM 2000,-	5
entfällt, da nicht berufstätig	21
keine Angabe	4

2.1.7 Schulabschluß des Ehemanns/Partners

Volksschule	14
mittlere Reife/Handelsschule	10
Abitur	2
Hochschule	4
keine Angabe	2

2.1.8 Beruf des Partners

ungelernter Arbeiter	2
Facharbeiter	5
Angest. u. Beamter des einfachen und mittleren Dienstes	7
Angest. u. Beamter des gehobenen und höheren Dienstes	4
Selbständiger	13
z.Z. ohne Beschäftigung	0
keine Angabe	1

2.1.9 Monatliches Bruttoeinkommen des Haushalts

bis DM 1000,-	2
bis DM 2000,-	10
bis DM 3000,-	7
bis DM 5000,-	2
über DM 5000,-	5
keine Angabe	6

2.1.10 Kinderzahl

keine Kinder	9
1 Kind	9
2 Kinder	15
3 Kinder	7
4 Kinder	4
6 Kinder	1
keine Angabe	2

Davon leben noch im gemeinsamen Haushalt:

kein Kind	22
1 Kind	7
2 Kinder	6
3 Kinder	3
4 Kinder	2
5 Kinder	1
keine Angabe	6

2.1.11 Operationstermin

im letzten Vierteiljahr	2
im letzten Halbjahr	13
im letzten Jahr	15
vor 2 Jahren	12
vor mehreren Jahren	5

Die sinkende Zahl mit dem Abstand vom Operationstermin hängt mit der steigenden Sterbequote zusammen.

2.2 Methoden

Die Befragung erfolgte mit einem selbst erarbeiteten Fragebogen mit 68 Items, der im Anhang einzusehen ist, wovon sich am Anfang 12 Fragen auf Sozialdaten und den Operationstermin beziehen, während die übrigen Fragen sich auf Gefühle, Erfahrungen und Bewältigungsstrategien nach einer Brustamputation beziehen.
Angehängt wurde eine Zusammenstellung von 22 Fragen zur Einstellung zur weiblichen Rolle, die der Arbeit von Astrid Krameyer und Hans Dieter Schmidt (1973) im Buch "Frauenfeindlichkeit" entnommen sind. Diese Fragen sind ebenfalls im Anhang angefügt.
Statistisch wurde die Beantwortung der Fragen mit dem chi^2-Test untersucht nach Abhängigkeit von Alter, Schulabschluß, Einkommen, Berufstätigkeit, Kinderzahl, Familienstand (mit oder ohne Partner), Operationstermin und der Einstellung zur Rolle als Frau.
Leider konnten einige Daten statistisch nicht verwandt werden wegen der geringen Zahl der Antwortenden, vor allem die Fragen, die die Partnerbeziehung betreffen. Statistisch verwertbare Fragen wurden auch untereinander korreliert.

3. ERGEBNISSE

3.1 Krebserkennung und "personal delay"

Frage 14:
Wer hatte die Veränderungen an der Brust, z.B. einen Knoten oder eine Verhärtung, zuerst bemerkt?

Patientin selbst	32
Ehemann/Partner	0
Hausarzt	2
Facharzt	13

Über zwei Drittel der Frauen haben also die Veränderung selbst bemerkt, stellt man zwei Altersklassen auf, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau darin, daß die jüngeren die Veränderung selbst entdeckten, während bei den älteren die ärztliche Untersuchung entscheidend war.

	bis 55 J.	über 55 J.
selbst entdeckt	20	12
Arzt	4	11

$chi^2 = 5,25$; alpha = 5 %.

Frage 15:
Ich glaube, ich habe zuerst gezögert, wegen der Veränderung zum Arzt zu gehen.

ja	5
nein	37
keine Angabe	5

Etwa jede sechste Frau von denen, die das erste Symptom selbst bemerkt haben (32), glaubt von sich, daß sie gezögert habe, zum Arzt zu gehen.

3.2 Selbstbild, Verstümmelungsgefühl

3.2.1 Phantomschmerz

Frage 16:
Manchmal habe ich Schmerzen an der Stelle, wo die Brust war.

ja	25
nein	19
keine Angabe	3

Betrachtet man das Auftreten des Schmerzes in Abhängigkeit vom Abstand zur Operation, so zeigt sich, daß nach einem ausgewogenen Verhältnis im ersten Halbjahr die Angabe von Schmerzen eher ansteigt. Hier kann es sich nicht mehr um den Wundschmerz handeln, in erster Linie ist an den Phantomschmerz zu denken, bei wenigen Patientinnen auch an Rezidive oder narbige Verziehungen.

	kein Schmerz	Schmerz
Op. im letzten Halbjahr	7	7
Op. im letzten Jahr	5	9
Op. vor mehreren Jahren	7	9

Es ergibt sich ein hoch signifikant häufigeres Auftreten von Schmerzen sowohl bei den jüngeren Frauen als auch bei denen, die bis zur Erkrankung berufstätig waren, ein signifikant häufigeres Auftreten entsprechend bei den Nichthausfrauen.

	kein Schmerz	Schmerz
bis 55 Jahre	5	17
über 55 Jahre	14	8

$chi^2 = 7{,}50$; alpha = 1 %.

berufstätig bis Erkrankung	3	15
nicht berufst. bis Erkrankung	15	7

$chi^2 = 10{,}6$; alpha = 1 %.

	kein Schmerz	Schmerz
Hausfrau	15	12
Nichthausfrau	3	12

chi^2 = 4,97; alpha = 5 %

Frage 17:
Ich habe meistens dann Schmerzen, wenn ich mich allgemein nicht wohlfühle.

ja	11
nein	14
unentschieden	16
keine Angabe	6

Daß allgemeines Unwohlsein sich auf besonders "gefährdete" Körperbereiche zentrieren kann, bestätigen etwa ein Viertel aller Frauen.

3.2.2 Verstümmelung, "Anders"sein

Frage 28:
Wenn ich eine Reklame sehe, wo mit nackten Frauen geworben wird, schmerzt mich das ein bißchen.

ja	16
nein	24
unentschieden	6
keine Angabe	1

Jede dritte Frau etwa wird durch eine Nacktreklame schmerzlich an ihre Operation erinnert. Dies trifft vor allem für die jüngeren Frauen zu, es ergibt sich eine hohe Signifikanz.

	bis 55 Jahre	über 55 Jahre
Reklame schmerzt	12	4
Reklame schmerzt nicht	8	16

$chi^2 = 6,66$; alpha = 1 %.

Frage 30:
Ich glaube, ich habe lange gebraucht, bis ich die Narbe einmal in Ruhe ansehen konnte.

ja	7
nein	32
unentschieden	7
keine Angabe	1

Frage 31:
Ich meide Situationen, wo andere meine Narbe sehen könnten.

ja	32
nein	12
unentschieden	3

Im Vergleich dieser beiden Fragen fällt auf, daß die Frauen zwar meist sich selbst mit ihrem veränderten Körper konfrontieren können, jedoch ihre Umwelt nicht in Kenntnis ihres Verlustes setzen wollen.

3.2.3 Selbsteinschätzung als auffallend, belastend

Frage 25:
Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute mich anstarren.

ja	17
nein	29
keine Angabe	1

Frage 53:
Ich glaube, meine Kinder fühlen sich durch meine Krankheit belastet.

ja	6
nein	22
ich weiß nicht	8

Einen gewissen Aufwand bringt die Erkrankung eines Angehörigen für die Familienmitglieder immer mit sich. Ob diese dadurch belastet sind, ist hier nicht gefragt, sondern die Einschätzung der Patientin selbst. Dies bejahen ein Sechstel der Patientinnen mit Kindern, etwa gleichviel trauen sich diese Einschätzung nicht zu.

3.2.4 Vollwertigkeit als Frau

Frage 32:
Ich habe das Gefühl, immer noch eine vollwertige Frau zu sein.

ja	34
nein	3
unentschieden	8
keine Angabe	2

3 Frauen sind sich ihrer Vollwertigkeit gar nicht mehr sicher, nimmt man die 8 unentschiedenen dazu, so ergeben sich 11 Frauen, die an ihrer Vollwertigkeit zumindest zweifeln.

Trennt man wiederum nach Altersklassen, so ergeben sich signifikant häufiger Zweifel bei den jüngeren Frauen.

	bis 55 Jahre	über 55 Jahre
vollwertig	14	20
Zweifel an Vollwertigkeit	9	2

$chi^2 = 5,49$; alpha = 2,5 %.

Frage 12:
Ich wünsche mir weitere Kinder!

ja	0
nein	27
keine Angabe	20

Ein weiterer Kinderwunsch wurde entweder verneint oder dazu keine Angabe gemacht, wohl aus dem Selbstverständnis der postklimakterischen Frau zu verstehen. Dennoch ist die fehlende Bejahung eines weiteren Kindes bemerkenswert, da ja nur nach dem Wunsch und nicht nach dem Vorhaben gefragt wurde.

3.3 Sicherheit nach außen

Frage 18:
Ich trage BH-Einlagen

ja	43
nein	4

Frage 19:
Ich finde die BH-Einlagen sehr nützlich, da ich mich damit sicherer fühle.

ja	42
nein	1
entfällt, nicht verwendet	4

Frage 22:
Ich trage Kleider mit weitem Ausschnitt.

ja	6
nein	12
nein, nach wie vor nicht	28
Keine Angabe	1

Frage 24:
In ein öffentliches Bad gehe ich jetzt

öfter	3
seltener	10
gleich oft wie früher	22
nie	11
keine Angabe	1

Ein Großteil der Frauen benutzt die BH-Einlagen und alle davon außer einer bejahen, daß sie sich damit sicherer fühlen. Von den Frauen, die vor der Operation überhaupt Kleider mit weitem Ausschnitt getragen hatten, nahmen zwei Drittel davon Abstand. Ebenfalls zwei Drittel derjenigen, die überhaupt in ein öffentliches Bad gingen, tun dies nun seltener.

3.4 Pflege der Erscheinung und des Körpers

Frage 20:
Ich glaube, ich kleide mich jetzt modischer und gepflegter als vor der Operation.

ja	2
nein, gleich	44
nein, eher gegenteilig	0
keine Angabe	1

Frage 21:
Ich gehe jetzt häufiger zum Friseur als früher.

ja	3
nein, gleich oft	43
nein, eher seltener	0
keine Angabe	1

Frage 23:
Ich glaube, ich pflege jetzt meinen Körper

mehr	2
weniger	0
gleich wie früher	44
keine Angabe	1

Frage 26:
Seit meiner Erkrankung achte ich weniger auf meine Figur.

ja	0
nein, mehr	8
nein, gleich wie früher	38
keine Angabe	1

Auffallend ist, daß das Äußere in keinem Fall vernachlässigt wird, meist wird ihm die gleiche Beachtung geschenkt und der gleiche Stil beibehalten wie zuvor, bei einigen wird ihm sogar erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt, auffallend vor allem bei der Figur.

3.5 Seelische Reaktionen

Frage 27:
In letzter Zeit bin ich öfters niedergeschlagen.

ja	20
nein	15
unentschieden	11
keine Angabe	1

Frage 40:
Ich glaube, früher war ich lebenslustiger.

ja	16
nein	18
unentschieden	10
keine Angabe	3

Frage 47:
Ich glaube, ich rege mich eher über Kleinigkeiten auf als vor der Operation.

ja	17
nein	24
unentschieden	5
keine Angabe	1

Zur Überprüfung, ob vermehrte Niedergeschlagenheit und geringere Lebenslust altersabhängige Erscheinungen sind, wurden diese Fragen mit den beiden Altersklassen korreliert. Es ergab sich keine Abhängigkeit.

3.6 Medikamenten- und Genußmittelmißbrauch

Frage 33:
Ich rauche jetzt mehr als vor der Operation.

ja	1
nein, weniger oder nicht mehr	6
nein, gleichviel	5
Nichtraucherin	35

Frage 34:
Ich glaube, ich nehme jetzt eher eine Tablette, wenn ich mich nicht wohlfühle.

ja	4
nein	39
unentschieden	4

Bei den Raucherinnen erhöht sich bei einer einzigen der Konsum, bei der Hälfte erniedrigt er sich. Es ist also eine Tendenz zum gesünderen Verhalten festzustellen, während bei der Tabletteneinnahme eine geringe Tendenz zur Steigerung eintritt.

3.7 Befinden, Leistungsfähigkeit

Frage 35:
Ich fühle mich zur Zeit

gesund und leistungsfähig	9
einigermaßen gesund und leistungsfähig	28
nicht gesund und leistungsfähig	10

Frage 38:
Mein Haushalt wächst mir jetzt viel eher über den Kopf als früher.

ja	12
nein	27
unentschieden	2
keine Angabe	6

Frage 39:
Notwendige Besorgungen machen jetzt eher Familienmitglieder oder Bekannte.

ja	11
nein	31
unentschieden	2
keine Angabe	3

Ungefähr ein Viertel der Frauen fühlt sich durch den Haushalt überfordert und läßt auch notwendige Besorgungen durch andere verrichten.

3.8 Rückzug von der Umwelt

Frage 41:
Mit Freunden und Bekannten treffe ich mich jetzt

häufiger	0
seltener	5
so oft wie früher	41
keine Angabe	2

Frage 42:
Ich habe oft Lust auszugehen.

ja	15
nein	18
beinahe nie	12
keine Angabe	1

Frage 43:
Vor der Operation war ich mehr unter Leuten.

ja	9
nein, weniger	0
nein, gleichviel	37
keine Angabe	1

Eine Steigerung der Kontaktfreudigkeit tritt nie ein, der Rückzug von Leuten allgemein ist ausgeprägter als von Freunden und Bekannten.

3.9 Neue Aktivitäten, Zukunftspläne

Frage 29:
Zur Zeit treibe ich mehr Sport als vor der Operation.

ja	1
nein, weniger oder nicht mehr	5
nein, gleichviel	17
Ich treibe nach wie vor keinen Sport	23
keine Angabe	1

Frage 44:
Ich bin Mitglied einer Interessengruppe (z.B. Sportverein, Partei, Gewerkschaft).

ja, erst jetzt	0
ja, schon länger	7
nein, nicht mehr	3
nein, noch nie	35
keine Angabe	2

Frage 36:
Ich freue bzw. freute mich sehr darauf, meine Berufstätigkeit wieder auszuüben.

ja	13
nein	0
entfällt, da nicht berufstätig	32
keine Angabe	2

Frage 37:
In meinem Beruf kann ich mich besser behaupten als in meiner Familie.

ja	2
nein	5
entfällt, da nicht berufstätig	33
keine Angabe	7

Frage 50:
Ich glaube, ich kümmere mich jetzt mehr um meine Kinder als vor der Operation.

ja	4
nein	25
unentschieden	5
keine Angabe	2

Frage 68:
Ich möchte in Zukunft gerne folgendes tun:
(Mehrfachankreuzungen sind möglich)

einen Beruf erlernen	1
eine Ganztagsarbeit annehmen	0
außer meiner Hausarbeit eine Nebenbeschäftigung haben	8
eine ehrenamtliche Tätigkeit ausüben	1
mich mehr auf ein Hobby konzentrieren	5
einmal richtig Urlaub machen	20
sonstige Wünsche	10

Neue Aktivitäten werden wenig gesucht, im Gegenteil wird das Sporttreiben sogar von einem Fünftel der Sportlerinnen eingeschränkt und die Mitgliedschaft in einer Interessengruppe wird eher aufgegeben. Dagegen wird die Wiedereingliederung ins Berufsleben sehr positiv erlebt, alle Frauen, die überhaupt berufstätig sind, freuen sich darauf.

Wegen der geringen Anzahl der Antworten vermag Frage 37 nicht zu präzisieren, ob die mehr von Sachlichkeit getragene Atmosphäre am Arbeitsplatz eine für die Frau leichter zu bewältigende Situation darstellt.
Innerhalb der Familie wird tendenziell die Aufmerksamkeit vermehrt auf die Kinder gerichtet.
An Zukunftsplänen ist am meisten gefragt, einmal richtig Urlaub machen zu können, seltener wünschen die Patientinnen eine Nebenbeschäftigung oder die Ausübung eines Hobbys. Unter den selbst formulierten Wünschen wurde beinahe ausnahmslos genannt, wieder "so weit wie früher" zu kommen und die Tätigkeiten, die durch die Operation unterbrochen oder abgebrochen wurden, wieder aufzunehmen. Ein neuer Lebensbeginn ist nicht erwünscht, die größte Zufriedenheit könnte ein "Leben wie bisher" erbringen.
Interessant erscheint noch der Vergleich der Anzahl der genannten Wünsche der Frauen, die einen Partner haben, mit der der Partnerlosen. Die letzteren haben ausnahmslos nur einen Wunsch genannt, während die Frauen mit Partner auch mehrere Wünsche für die Zukunft hatten.

	1 Wunsch	2 Wünsche	3 Wünsche
mit Partner	19	5	2
ohne Partner	10	0	0

3.10 Kommunikation

Frage 45:
Ich pflege Kontakt zu Frauen, die auch an der Brust operiert wurden.

ja	18
nein	27
keine Angabe	2

Frage 46:
Wenn eine Frau aus meinem Bekanntenkreis vor derselben Operation stünde, könnte ich ihr mit meinen Erfahrungen helfen.

ja	29
nein	0
ich bin nicht sicher	15
keine Angabe	3

Ein Drittel der Frauen hält Kontakt zu ihren Leidensgenossinnen, noch mehr glauben, diesen mit ihren Erfahrungen helfen zu können.

Frage 48:
Ich konnte am besten über die Operation und ihre Folgen reden (Mehrfachnennungen sind möglich):

mit meinem Arzt	21
mit meinem Partner	31
mit meinen Kindern	14
mit Verwandten oder Bekannten	15
mit einer Leidensgenossin	13
mit jemand vom Krankenpersonal	3
mit Pfarrer/Theologen	2
mit Sozialarbeiter	3

Frage 67:
Ich kann mit meinem Mann über meine Schwierigkeiten aufgrund der operierten Brust reden.

ja	22
nein	0
ja, ich könnte, möchte ihn aber damit nicht belasten	10

Knapp die Hälfte der Frauen findet in ihrem Arzt einen guten Gesprächspartner, mit einer einzigen Ausnahme wird von allen Frauen, die einen Partner haben, dieser genannt. Interessant ist hier die Gegenüberstellung zu Frage 67, wo etwa zwei Drittel der Frauen angeben, daß sie sich mit ihrem Partner aussprechen konnten, ein Drittel zwar die Möglichkeit sieht, sie jedoch nicht wahrnimmt, um den Partner nicht zu belasten.
Kinder, Verwandte und Bekannte nehmen als Gesprächspartner ähnlich hohen Rang ein, von 13 Frauen wird eine Leidensgenossin genannt, hier zeigt sich die Ungleichheit von "Kontakten" (Frage 45: 18 Frauen) und "gutem Gespräch". Krankenpersonal, Theologen und Sozialarbeiter werden nur selten genannt, institutionelle Einrichtungen werden also kaum genutzt.

Frage 49:
Ich habe meinen Kindern erklärt, was bei der Operation gemacht wurde.

ja, so in etwa	18
ja, genau	14
nein	2
keine Angabe	2

Es zeigt sich eine relativ große Offenheit den Kindern gegenüber, nur 2 Frauen geben ihren Kindern keine Auskunft über die Operation. Die hohe Zahl kontrastiert mit der Beantwortung der Frage 48, wo nur 14 Frauen ihre Kinder als gute Gesprächspartner nennen. Diese sind nicht identisch mit den 14 Frauen, die genau erklärt haben.

3.11 Annahme von Hilfe

Frage 51:
Meine Kinder sind mir eine Stütze.

ja	20
nein	4
unentschieden	10
keine Angabe	2

Frage 52:
Meine Kinder nehmen jetzt mehr Rücksicht auf mich.

ja	19
nein	9
unentschieden	7
keine Angabe	1

Über die Hälfte der Frauen fühlt sich von ihren Kindern rücksichtsvoller behandelt und empfindet diese auch als Stütze. Ein Vergleich der Beantwortung beider Fragen ergab annähernde Übereinstimmung in Bejahung und Verneinung.

Frage 54:
Ich glaube, daß ich mit einem Partner die Krankheit und die Operation besser bewältigen kann bzw. könnte.

ja	25
nein	10
unentschieden	4
keine Angabe	8

Über die Hälfte der Frauen glaubt, ein Partner könne hilf-

reich bei der Bewältigung der Operation sein. Statistisch signifikant sind dies vor allem die jüngeren Frauen als auch die Frauen mit Partner.

	ja	nein
bis 55 Jahre	15	2
über 55 Jahre	10	8

$chi^2 = 4,58$; alpha = 5 %.

mit Partner	20	4
ohne Partner	5	6

$chi^2 = 5,3$; alpha = 5 %.

3.12 Partnerbeziehung allgemein

Frage 55:
Ich schätze die Beziehung zwischen meinem Partner und mir als

sehr harmonisch	13
harmonisch	15
nicht harmonisch	1
keine Angabe	3

ein.

Frage 56:
Es hat sich seit der Operation etwas geändert:

Wir sind uns näher gekommen.	7
Es tauchen immer mehr Konflikte auf.	0

Wir sind uns etwas fremd geworden.	0
Ich fühle mich oft unsicher in der Beziehung.	0
Es hat sich nichts geändert.	21
keine Angabe	4

Frage 57:
Mein Partner hat die Operation so aufgenommen:
(Mehrfachankr.)

verständnisvoll	20
besorgt	20
verständnislos	0
hilflos	1
gleichgültig	0
erschüttert	10
verängstigt	2
zuversichtlich	14

Frage 58:
Mein Partner ist jetzt besorgter um mich.

ja	19
nein	1
manchmal	8
keine Angabe	4

Frage 59:
Mein Partner hilf mir im Haushalt.

ja, immer schon	13
ja, seit meiner Operation	10
nein	6
keine Angabe	3

Frage 64:
Ich glaube, ich reagiere oft empfindlicher als früher auf Bemerkungen meines Mannes.

ja	9
nein	16
unentschieden	5
keine Angabe	2

Frage 65:
Mein Mann macht mir häufiger Komplimente als früher.

ja	2
nein, gleichviel	28
nein, weniger	0
keine Angabe	2

Nur in einem einzigen Fall wird die Partnerschaft als nicht harmonisch bezeichnet, entsprechend positive Äußerungen ergeben sich bei den Fragen 56 und 57, wobei zwei Drittel der Frauen angeben, durch die Operation habe sich an ihrer Partnerbeziehung nichts geändert. Die Besorgtheit des Partners nimmt in über der Hälfte der Fälle generell, in einem weiteren Viertel gelegentlich zu. Ein Drittel der Partner hilft seit der Operation vermehrt im Haushalt, während die Zahl der Komplimente im wesentlichen gleich bleibt. Andersherum jedoch reagieren über ein Viertel der Frauen seit der Operation empfindlicher auf Bemerkungen des Partners.

3.13 Sexualität

Frage 60:
Ich habe das Gefühl, mein Mann habe jetzt weniger sexuelles Interesse an mir.

ja	1
nein	25
unentschieden	3
keine Angabe	3

Frage 61:
Ich glaube, ich habe seltener als mein Mann den Wunsch nach Geschlechtsverkehr.

ja	8
nein	7
ja, aber das war schon früher	15
keine Angabe	2

Das sexuelle Interesse der Frau nimmt bei einem Viertel ab, während es beim Partner nur einmal angenommen wird.

Frage 62:
Manchmal denke ich ganz unwillkürlich an die Operation, wenn ich mit meinem Mann schlafe.

ja	11
nein, nicht mehr	12
nein, noch nie	6
keine Angabe	3

Anfänglich beschäftigen sich über zwei Drittel beim Verkehr mit Gedanken an die Operation, mit der Zeit verliert etwa die Hälfte davon diese Gedanken.

Frage 63:
Mein Mann vermeidet es, den operierten Bereich zu berühren.

ja	14
nein	8
nur ganz zu Anfang war es so	7
keine Angabe	3

Frage 66:
Manchmal befürchte ich, daß sich mein Mann anderen Frauen zuwenden wird.

ja	1
nein	30
keine Angabe	1

Etwa zwei Drittel der Partner meiden anfangs die Berührung des operierten Bereichs, später etwa nur noch die Hälfte. Nur eine Frau fürchtet, daß sich ihr Mann einer anderen Frau zuwenden könnte.

3.14 Interkorrelationen

Das Auftreten von Schmerzen im operierten Bereich (Frage 16) korreliert mit dem schmerzlichen Eindruck einer Nacktreklame (Frage 28) und mit dem Aufregen über Kleinigkeiten (Frage 47).

	Schmerz	kein Schmerz
Reklame schmerzt	13	3
Reklame schmerzt nicht	9	14

$chi^2 = 6{,}81$; alpha = 1 %.

	Schmerz	kein Schmerz
Kleinigkeiten regen auf	14	2
Kleinigkeiten regen nicht auf	8	15

chi^2 = 10,66; alpha = 1 %.

Ebenfalls korreliert das Gefühl, angestarrt zu werden, mit den beiden obigen Fragen, jedoch nicht mit Frage 16.

	Gefühl, angestarrt zu werden	kein Gefühl, angestarrt zu werden
Reklame schmerzt	11	5
Reklame schmerzt nicht	6	17

chi^2 = 6,98; alpha = 1 %.

Aufregen über Kleinigkeiten	10	7
nicht Aufregen über Kleinigk.	6	18

chi^2 = 4,78; alpha = 5 %.

Sich eher niedergeschlagen zu führen (Frage 27), korreliert auch mit dem Aufregen über Kleinigkeiten.

	Aufregen über Kleinigkeiten	kein Aufregen über Kleinigkeiten
niedergeschlagen	13	5
nicht niedergeschlagen	1	14

chi^2 = 14,39; alpha = 1 %.

Sich wohl und leistungsfähig zu fühlen, geht einher mit einer fehlenden Depressivität, dem Gefühl der Vollwertigkeit als Frau, der selbständigen Führung des Haushalts und ungeminderter Lebenslust. Dies ergibt sich aus den folgenden Konstellationen, die jedoch mit Hilfe des chi^2-Tests nicht weiter untersucht werden können, da jeweils zu erwartende Wahrscheinlichkeiten kleiner als 5 sind.

	gesund u. lf.	einigerm. g. u. lf.	nicht g. u. lf.
niedergeschlagen	0	10	9
nicht niedergeschlagen	6	9	0
vollwertig	8	21	5
nicht vollwertig	0	7	4
Besorgungen andere	0	6	5
Besorgungen selbst	9	19	3
weniger lebenslustig	0	8	8
gleiche Lebenslust	8	9	0

Zur Kontrolle, ob verminderte Leistungsfähigkeit mit dem Alter an sich zusammenhängt, wurde dies korreliert. Es ergab sich keine Abhängigkeit.

bis 55 Jahre	5	15	5
über 55 Jahre	4	13	5

3.15 Abhängigkeit von soziologischen Parametern

Bei einigen Fragen ergab sich eine Abhängigkeit der Fragenbeantwortung vom Alter, bei je einer Frage von der Berufstätigkeit und vom Familienstand (mit bzw. ohne Partner). Sie ist jeweils bei den entsprechenden Fragen angegeben.

3.16 Weitere Parameter

Eine Abhängigkeit ergab sich nicht von der Schulbildung und dem Einkommen als Faktoren der sozialen Schicht, von der Kinderzahl, dem Operationstermin und von der Einstellung zur Rolle als Frau.

4. DISKUSSION

4.1 Krebserkennung und "personal delay"

Etwa zwei Drittel der befragten Patientinnen, dabei bevorzugt die jüngeren, haben die Brustveränderung selbst bemerkt, vergleicht man dies mit Wenderleins Daten (1977b), wo 38 % der Frauen angaben, ihre Brüste regelmäßig und 41 % sie unregelmäßig zu untersuchen, so ergibt sich mit 79 % eine ähnlich hohe Quote der selbstuntersuchenden Frauen.
Der "personal delay", also der Zeitraum vom Auffinden einer Veränderung bis zum Aufsuchen eines Arztes, scheint bei den hier untersuchten Patientinnen nur bei wenigen aufgetreten zu sein. Es ist zu fragen, ob sie sich einer Verzögerung überhaupt bewußt sind, denn auffallend ist die Diskrepanz zu der Aussage von Müller-Christiansen beim Chirurgenkongreß 1977, wo festgestellt wurde, bei jeder vierten Frau vergingen noch 8 Monate bis zum Therapiebeginn. Bard & Sutherland (1955) zeigen am Beispiel einer Frau, die von der Promptheit ihres Arztbesuchs überzeugt war, eine reale Verzögerung von einem halben Jahr auf.

4.2 Selbstbild, Verstümmelungsgefühl

4.2.1 Phantomschmerz

Schmerzen im operierten Bereich treten bei über der Hälfte der Frauen auf, unabhängig vom Zeitraum, den die Operation zurückliegt. Bei Wenderleins Befragung von gesunden Frauen (1976) erwarteten dagegen 80 % nach Heilung der Operationswunden weitere Schmerzen. Heyde & Aban (1973) deuten den Phantomschmerz als ein Nichtverschmerzenkönnen des Verlusts der Brust, als Auslöser dafür geben sie psychische Belastung an. Etwa ein Viertel der hier untersuchten Frauen geben an, daß allgemeines Unwohlsein zum Auftreten des Schmerzes führe. Signifikant häufiger tritt er bei den unter 55-jährigen und den Berufstätigen auf.

4.2.2 Verstümmelung, "Anders"sein

Durch eine Nacktreklame wird jede dritte Frau, hier wiederum bevorzugt die jüngeren, schmerzlich an die Operation erinnert. Sie erlebt die Diskrepanz zwischen dem auf dem Bild dargestellten idealen Körper und ihrem eigenen. Dennoch scheint die Konfrontation mit dem veränderten Körper und der Narbe weniger Schwierigkeiten zu bereiten, als nach der Literatur zu erwarten gewesen wäre, wo in den meist deskriptiven Arbeiten immer wieder Probleme beim Finden einer akzeptierenden Einstellung erwähnt werden (Heyde & Aban 1973, Cocke 1975). An dieser repräsentativen Untersuchung wird deutlich, daß längst nicht jede Frau diese konflikthafte Beziehung zu ihrem Körper erwirbt.
Dagegen bestätigen sich die Angaben in der Literatur, daß Situationen gemieden werden, wo die Umwelt Kenntnis des Verlustes nehmen könnte. Nach Heyde & Aban (1973) würde dies als äußerst peinlich empfunden, die Reaktion der Umwelt wird gefürchtet.

4.2.3 Selbsteinschätzung als auffallend, belastend

Über ein Drittel der Frauen hat das Gefühl, angestarrt zu werden. Dieses Gefühl kann einen realen Sachverhalt wiedergeben oder auch rein subjektiv sein, das heißt, die Umgebung kann diese Reaktion tatsächlich zeigen, wie sie sie oft gegenüber Behinderten oder Personen mit körperlichen Auffälligkeiten zeigt, oder die Frau nimmt an, daß die Umwelt so reagieren müßte, da sie sich behindert und entstellt fühlt, und nimmt dementsprechend verzerrt das Verhalten anderer wahr.
Nur etwa ein Sechstel der Frauen glaubt, daß die Kinder durch ihre Erkrankung belastet seien. Klein (1971) beschreibt sogar das Auftreten von Schulschwierigkeiten bei den Kindern. Es ist jedoch anzunehmen, daß die meisten Kinder der hier untersuchten Frauen dem Schulalter ohnehin entwachsen sind, wenn man die Altersstruktur betrachtet.
Nach Bard & Sutherland (1955) kann das Gefühl, eine Last für die Umwelt zu sein, aus dem verminderten Selbstwertgefühl herrühren.

4.2.4 Vollwertigkeit als Frau

Beinahe drei Viertel der Frauen fühlen sich weiterhin vollwertig, ein konträres Ergebnis zu Wenderlein's prospektiver Untersuchung (1976), wo sich etwa die Hälfte nach einer Ablatio mammae nicht mehr vollwertig fühlen würde, und zu Heyde & Aban's Aussage (1973), daß mit dem Verlust der Brust gleichzeitig das Gefühl, Frau zu sein, gestört sei. Allerdings tritt die Unsicherheit in der eigenen Vollwertigkeit bei den unter 55-jährigen eher auf.
Ein Kinderwunsch tritt bei keiner Frau mehr auf nach dieser Operation, neben der Bedingtheit durch das Alter vielleicht ein Zeichen dafür, daß sie sich auch gar nicht mehr fähig fühlen, eine Schwangerschaft durchzutragen.

4.3 Sicherheit nach außen

Für die Sicherheit nach außen werden die BH-Einlagen überwiegend getragen, entsprechendes findet sich bei Heyde & Aban (1973) und Evans (1975). Situationen, wo die Veränderung sichtbar sein könnte für andere (öffentliches Bad, weiter Ausschnitt) werden eher gemieden.

4.4 Pflege der Erscheinung und des Körpers

Das Äußere wird eher mit mehr Sorgfalt bedacht als zuvor, ein Sich-gehen-lassen kommt praktisch nicht vor.
Woods (1975) gibt aber an, daß die Frauen, die weniger mit ihrem Aussehen und ihrer Figur beschäftigt sind, den Verlust als weniger bedrohlich erleben.

4.5 Seelische Reaktionen

Sich selbst als öfters niedergeschlagen bezeichneten sich knapp die Hälfte der Frauen, als weniger lebenslustig und als eher aufgeregt über Kleinigkeiten jeweils etwa ein Drittel. Die psychischen Auswirkungen treten also wie in der Literatur beschrieben auf, so bezeichneten sich bei Bard & Sutherland (1955) die Frauen als nervös und unangenehme Zeitgenossen und Comazzi (1975) findet Depression als Folge des modifizierten Lebensstils, der Einbuße von Funktionen usw.

4.6 Medikamenten- und Genußmittelmißbrauch

Die Reaktion in einem erhöhten Drogen- und Nikotinkonsum tritt bei den hier Untersuchten nur vereinzelt auf, mehr

sogar eine Tendenz, weniger zu rauchen. Heyde & Aban (1973) hatten bei zunehmender Isolation einen Arznei- und Genußmittelmißbrauch gefunden.

4.7 Befinden, Leistungsfähigkeit

Etwa ein Fünftel der Frauen fühlt sich nicht gesund und leistungsfähig, ebenfalls ein Fünftel fühlt sich gesund und leistungsfähig, die restlichen drei Fünftel nehmen eine Mittelposition ein. Bei Wenderlein (1976) wurde die Leistungsfähigkeit in Beruf und Haushalt zu 29 % erheblich, zu 44 % gering und zu 29 % als nicht beeinträchtigt erwartet. Etwa jede vierte Frau fühlt sich der Haushaltsführung nicht mehr ganz gewachsen, nach Woods (1975) kann dies zum Verlust eines Aspekts der Geschlechtsidentität führen, nach Comazzi (1975) kann der Verlust der Arbeitskapazität die Frau deprimieren.

4.8 Rückzug von der Umwelt

Es ist eher eine Tendenz zur Verminderung von Begegnungen festzustellen. Dies kann Resultat erlebter Zurückweisung durch die Umwelt sein (Evans, 1975), nach Bard & Sutherland (1955) kann aber auch die Überzeugung bestehen, daß eine deformierte und entstellte Person von der Gesellschaft geringgeschätzt würde, und damit die Isolation von der Frau selbst in Gang gesetzt werden. Nach Comazzi (1975) kann der Verlust der Zugehörigkeit zu früheren Gruppen eine Depression einleiten.

4.9 Neue Aktivitäten, Zukunftspläne

Neue Betätigungsfelder könnten eine Weg der erfolgreichen Rehabilitation sein, von den untersuchten Frauen wird er kaum genutzt, eher noch werden bisherige Hobbies aufgegeben. Tendenziell ergibt sich eine geringe Steigerung der Besorgtheit um die Kinder, dies kann bedingt sein durch die Angst, sie verlassen zu müssen (Tod, Krankenhausaufenthalt) oder als Kompensation bei Funktionsverlusten auf anderen Gebieten verstanden werden.
Alle Berufstätigen freuen sich auf die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit, nach Beck et al. (1975) dient sie der Ich-Stärkung und der Kompensation der inneren Ohnmacht, nach Comazzi (1975) wird dadurch der Kontakt zu früheren Gruppen aufrechterhalten, nach Bard & Sutherland (1955) kann sie auch eine Verdrängung der Operation und eine Überkompensation des Gefühls der Nutzlosigkeit darstellen.
An Plänen werden außer des Urlaubs wenig genannt, nach Comazzi (1975) besteht geradezu eine Angst vor dem Zusammenbruch der Zukunftsprojekte und damit auch des normalen Weiterlebens. Dieses wird gerade auch von den hier untersuchten Frauen geäußert als positiver Wunsch zwar, nämlich so wie früher leben zu können, aber auch negativ deutbar als Angst, dies nicht erreichen zu können.

4.10 Kommunikation

Kontakte zu Leidensgenossinnen werden gepflegt, auch glauben knapp zwei Drittel, diesen mit ihren Erfahrungen beistehen zu können. Diese Meinung teilen die Mitarbeiter der Selbsthilfeorganisation wie Markel (1973), Kent (1975) Schmid (1977).
Etwa die Hälfte der Patientinnen nennt den Arzt als guten Gesprächspartner, beinahe alle Frauen mit Partner auch

diesen, obwohl sich bei genauerer Befragung zeigt, daß diese Möglichkeit nicht immer genutzt wird, wenn die Frau glaubt, sie würde den Partner zu sehr damit belasten.
Engere Bezugspersonen fungieren insgesamt häufiger als Gesprächspartner als Vertreter von Institutionen, sei es aus Unkenntnis, Nichtverfügbarkeit, sozialer Distanz oder aufgrund der mangelnden Bereitschaft dieser Gruppen.
In der Literatur wird zum Beispiel das Eingehen einer therapeutischen Gemeinschaft zwischen Krankenschwester und Patientin geschildert (Roberts, 1975), Einzel- und Gruppengesprächstherapie gefordert (Asken, 1975).
Den Kindern wird meist mehr oder minder genau Auskunft darüber gegeben, was sich ereignet hat, von etwa einem Drittel werden sie als guter Gesprächspartner benannt.
Nach Woods (1975) ist eine offene Kommunikation über Gefühle und Ängste eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung der Operation.

4.11 Annahme von Hilfe

Von über der Hälfte der Frauen mit Kindern werden diese als Stütze und als rücksichtsvoller empfunden. Interessant ist, daß signifikant häufiger die Frauen mit Partner als auch die jüngeren sich vorstellen können, daß dieser hilfreich bei der Bewältigung der Operation und deren Folgen sein könnte.

4.12 Partnerbeziehung

Die Beziehung zum Partner wird beinahe ausnahmslos als harmonisch oder sehr harmonisch bezeichnet, als Veränderungen treten nur Verbesserungen ein. Nach den Literaturangaben kann dies die Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung des Verlustes sein (Bard & Sutherland, 1955,

Renneker & Cutler, 1952). Bei Wenderlein (1976) dagegen befürchteten 55 % die Beeinträchtigung der Partnerbeziehung. Heyde & Aban (1973) nennen sogar Scheidungsbegehren der Ehemänner. Die fast nur positiv geschilderte Reaktion des Partners könnte jedoch auch ein Zeichen dafür sein, daß die Patientin ihre Welt idealisiert und emotionale Spannungen verleugnet sowie unfähig ist zur Äußerung von aggressiven Gefühlen, so jedenfalls schildern Beck et al. (1975) die Brustkrebspersönlichkeit.
Allerdings gestehen etwa ein Viertel der Frauen ein, auf Bemerkungen ihres Partners empfindlicher zu reagieren. Bei Bard & Sutherland (1955) beschreiben die Frauen sich selbst als nervös, ungeduldig und unangenehme Zeitgenossen.

4.13 Sexualität

Das sexuelle Interesse des Partners wird nur von einer Frau als vermindert bezeichnet, dies steht in entschiedenem Gegensatz zur Literatur, wo z.B. Woods (1975) angibt, daß der Mann sexuelle Störungen bis zum völligen Rückzug entwickeln kann. Dagegen nimmt bei jeder 4. Frau das sexuelle Interesse ab, Eicher & Herms (1976) fanden dies in noch viel ausgeprägterem Maße: 68 % hielten ihr sexuelles Interesse vor der Operation für normal, nach der Operation nur noch 26 %. Nach ihren Untersuchungen hatte die Hälfte der Frauen nach einem halben Jahr den Verkehr nicht wieder aufgenommen. Nach Woods (1975) können Zweifel an der eigenen sexuellen Identität zu schweren sexuellen Krisen führen, aber auch die Amputation als formaler Grund verwandt werden, eine vorher schon nicht befriedigende Beziehung nicht wieder aufnehmen.
Bei über zwei Drittel der Frauen aktualisiert der Verkehr das Bewußtsein der Amputation, bei der Hälfte davon tritt jedoch mit der Zeit eine Gewöhnung ein bzw. hat eine Verarbeitung stattgefunden.

Daß die Männer anfangs zu zwei Drittel, später zur Hälfte vermeiden, den operierten Bereich zu berühren, weist doch auf eine gewisse Distanz hin. Nach Heyde & Aban (1973) kann dies der Frau das Gefühl geben, verstoßen und unantastbar zu sein. Aber die Frau kann auch selbst die Berührung untersagen, wenn sie Ängste hat, die Wunde könnte beim geringsten Trauma aufplatzen (Bard & Sutherland, 1955). Nach Leis (1971) erlauben sogar nur wenige Frauen die Berührung der "gesunden" Brust.
Daß sich der Mann einer anderen Frau zuwenden wird, wird in dieser Untersuchung nur von einer Frau befürchtet. Dies steht wiederum im Gegensatz zu Comazzi (1975), der Ängste, die affektiven und sexuellen Bindungen zu verlieren, gefunden hat, zu Bard & Sutherland (1955), wo sich in Träumen die Ehemänner an Frauen mit auffälligen Sexualattributen wandten, und zu Heyde & Aban (1973), wo die Frauen befürchteten, ihre Männer könnten sich "normalen" Frauen zuwenden.

4.14 Interkorrelationen

Die Beziehung der Fragen untereinander ergibt, daß einmal eine vermehrte körperliche und seelische Empfindsamkeit zusammen auftritt, andrerseits das Gefühl der Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu weniger Beeinträchtigung des Selbstbildes und der Bewältigung des Alltags führt.

4.15 Abhängigkeit der Fragenbeantwortung von soziologischen Parametern

4.15.1 Alter

Bei den jüngeren Frauen treten signifikant häufiger Schmerzen im operierten Bereich auf, wird eine Nacktreklame eher

als schmerzhaft empfunden, treten häufiger Zweifel an der eigenen Vollwertigkeit auf, wird ein Partner als eher hilfreich bei der Bewältigung der Operation empfunden. Außerdem ist die Brustveränderung signifikant häufiger von den jüngeren Frauen selbst entdeckt worden. Es ist somit zu bemerken, daß bestimmte Phänomene eine Altersabhängigkeit aufweisen, im Vergleich dazu hielten bei Wenderlein (1976) zwei Drittel der Frauen die Ablatio für eine altersunabhängige Belastung, auch bei Klein (1971), Woods (1975), und Bard & Sutherland (1955), während Cocke (1975) und Heyde & Aban (1973) angaben, daß vor allem die jüngeren Frauen belastet seien, und Renneker & Cutler (1952) vor allem die älteren als schwerer betroffen ansahen. In der vorliegenden Studie sind die jüngeren Frauen unterrepräsentiert, laut Schrage (1974) ist der Altersgipfel des Mammacarcinom bei 52 Jahren, im Vergleich dazu ist er in dieser Studie zu den älteren Frauen hin verschoben. Geht man von einem durchschnittlichen Klimakteriumsbeginn im 45. Lebensjahr (Schrage, 1974) aus, so ergibt sich, daß über zwei Drittel sich in den Wechseljahren befinden bzw. sie bereits hinter sich haben.

4.15.2 Familienstand

Als einzige Frage, die signifikant anders von den Frauen mit Partner beantwortet wurde, ergab sich gerade, daß diese ihn als hilfreich bei der Bewältigung der Operation und ihrer Folgen empfinden. Auffallend war noch, daß nur die Frauen mit Partner mehrere Wünsche für die Zukunft hatten.

4.15.3 Berufstätigkeit

Schmerzen im operierten Bereich traten signifikant häufiger bei den ehemals Berufstätigen bzw. Nichthausfrauen auf.

4.16 Andere Parameter

4.16.1 Soziale Schicht

Eine Abhängigkeit der Fragenbeantwortung vom Einkommen oder Schulbildung trat nicht auf. Im Gegensatz dazu hatte Wenderlein (1977a) gefunden, daß mit höherer Schulbildung die Wertbeimessung der Brust geringer sei.

4.16.2 Kinderzahl, Operationstermin

Eine Abhängigkeit trat nicht auf, nach Renneker & Cutler (1952) stellt die erfüllte Mutterschaft ein Kriterium für die leichtere Bewältigung der Operation dar.

4.16.3 Misogynie

Die Fragen wurden unabhängig von der Einstellung zur weiblichen Rolle beantwortet. Auch Wenderlein (1977a) fand eine Unabhängigkeit von Persönlichkeitsfaktoren, während Comazzi größere Schwierigkeiten bei der Verarbeitung der Operation fand, je verwirrter die bisherige Identifikation und Annahme der weiblichen Rolle war. Auch Renneker & Cutler (1952) nahmen hier eine Abhängigkeit an, während auch Beck et al. (1975) keinen Hinweis auf eine Störung der Geschlechtsidentität fanden, als sie Mastopathie- mit Mammacarcinompatientinnen verglichen.

4.17 Schlußfolgerung

Insgesamt ergab diese Untersuchung im Vergleich zur Literatur weniger Problembeladenheit. Dort finden sich auch oft

Einzelfallschilderungen, für die Breitenuntersuchung sind die Extreme weniger bedeutsam als die gemeinsamen Erfahrungen in einer neuen Situation.
Dennoch tauchen im seelischen Bereich, im sexuellen Interesse und im Verhalten Veränderungen auf, die zumindest eine Aussprache darüber erfordern, eventuell auch eine gezielte therapeutische Stützung. So ist auffällig das häufige und langdauernde Auftreten von Schmerzen im operierten Bereich, die vermehrte seelische Empfindsamkeit, der Rückzug von der Umwelt und die wenigen Zukunftspläne. Hier könnte der Arzt, der zwar bereits etwa von der Hälfte der Patientinnen als guter Gesprächspartner benannt wird, sicher noch von sich aus häufiger Problembereiche ansprechen bzw. an therapeutische Einrichtungen verweisen, da sich auch gezeigt hat, daß die Frauen von sich aus diese Hilfe selten in Anspruch nehmen.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Untersuchung von 47 Frauen, die sich wegen Brustkrebs einer Ablatio mammae zu unterziehen hatten, anhand eines Fragebogens ergab ein Bild über die Veränderungen im Leben einer Frau nach dieser Operation. Meist hatte sie ihre eigene Untersuchung zum Arzt geführt, ein Aufschub der Klärung kam selten vor bzw. sind sich dessen die Frauen nicht bewußt. Schmerzen im operierten Bereich treten häufig und noch lange nach der Operation auf, eher bei den jüngeren und den berufstätigen Frauen. Eine vermehrte seelische Empfindsamkeit, Depressionen und Rückzug von der Umwelt treten auf, doch scheint entgegen der Literatur die eigene Konfrontation mit der Narbe nicht so schwerzufallen.
Mit den Kindern entstehen keine wesentlichen Probleme und die meisten Frauen empfinden sich als weiterhin vollwertig. Für die Pflege und äußere Erscheinung wird eher mehr getan, ein Sich-gehen-lassen kommt auch im Hinblick auf den Konsum von Nikotin und Tabletten kaum vor. Das Befinden und die Leistungsfähigkeit sind bei einem Fünftel ganz beeinträchtigt, der Haushaltsführung fühlt sich etwa ein Viertel nicht mehr gewachsen. Es werden nur wenig Pläne für die Zukunft gemacht, bisherige Aktivitäten eher aufgegeben. Freudig angestrebt wird nur die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Eine Kommunikation mit Leidensgenossinnen wird gepflegt, auch zu deren Beratung wären viele bereit. Gute Gespräche werden von der Hälfte mit dem Arzt, mit dem jeweiligen Partner von beinahe allen, mit der Familie und Freunden von etwa einem Drittel geführt. Institutionelle Kontakte kommen kaum vor. Die Kinder und vor allem der Partner werden als hilfreich empfunden, überhaupt wird durchgängig von einer positiven Partnerreaktion berichtet, so daß viele in der Literatur angegebenen Störungen gar nicht zur Erscheinung kommen. Jedoch nimmt das sexuelle Interesse der Frau in nennbarem Ausmaß ab, während der

Partner außer einer gewissen Zurückhaltung vor der Narbe kaum Rückzugstendenzen zeigt. Von keinem Einfluß zeigen sich die soziale Schicht, die Kinderzahl, der Operationstermin und die Einstellung zur weiblichen Rolle.
Als praktische Konsequenz ergibt sich für den Therapeuten, Aufmerksamkeit zu zeigen, wenn die Patientin noch lange über Schmerzen berichtet, eine erhöhte Empfindsamkeit zeigt, sich zurückzieht und wenig Pläne für die Zukunft hat. Auch sind Veränderungen im sexuellen Bereich zu eruieren.

6. Anhang

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die für Sie zutreffende Antwort an bzw. setzen Sie den entsprechenden Zahlenwert ein.

1. Alter ☐☐

2. Familienstand
- ☐ verheiratet, zusammenlebend
- ☐ verheiratet, getrennt lebend
- ☐ ledig, mit festem Partner
- ☐ ledig, ohne festen Partner
- ☐ geschieden, wieder fester Partner
- ☐ geschieden, ohne festen Partner
- ☐ verwitwet, wieder fester Partner
- ☐ verwitwet, ohne festen Partner

3. Schulabschluß
- ☐ Volksschule
- ☐ mittlere Reife/ Handelsschule
- ☐ Abitur
- ☐ Hochschule

4. Beruf
- ☐ Hausfrau
- ☐ Selbständige (auch Landwirtschaft)
- ☐ ungelernte Arbeiterin
- ☐ Facharbeiterin
- ☐ Angestellte und Beamte des einfachen und mittleren Dienstes
- ☐ Angestellte und Beamte des gehobenen und höheren Dienstes

5. Ich war
- ☐ berufstätig bis zu meiner Erkrankung
- ☐ vor meiner Erkrankung mehrere Jahre nicht berufstätig
- ☐ noch nie berufstätig

6. Mein monatliches Bruttoeinkommen bei der Berufstätigkeit vor der Erkrankung:
- ☐ bis DM 500,-
- ☐ bis DM 1000,-
- ☐ bis DM 1500,-
- ☐ bis DM 2000,-
- ☐ über DM 2000,-
- ☐ entfällt, da nicht berufstätig

7. Schulabschluß des Ehemanns/Partners
- ☐ Volksschule
- ☐ mittlere Reife / Handelsschule
- ☐ Abitur
- ☐ Hochschule

8. Beruf des Partners
- [ ] ungelernter Arbeiter
- [ ] Facharbeiter
- [ ] Angestellter und Beamter des einfachen und mittleren Dienstes
- [ ] Angestellter und Beamter des höheren und gehobenen Dienstes
- [ ] Selbständiger
- [ ] z.Zt. ohne Beschäftigung

9. Monatliches Bruttoeinkommen des Haushalts
- [ ] bis DM 1000,-
- [ ] bis DM 2000,-
- [ ] bis DM 3000,-
- [ ] bis DM 5000,-
- [ ] über DM 5000,-

10. Kinderzahl [ ][ ]

11. Zahl der noch im Haushalt lebenden Kinder [ ][ ]

12. Ich wünsche mir weitere Kinder.
[ ] ja [ ] nein

13. Wann war die Operation, bei der eine Brust abgenommen werden mußte?
- [ ] im letzten Monat
- [ ] im letzten Vierteljahr
- [ ] im letzten Halbjahr
- [ ] im letzten Jahr
- [ ] vor zwei Jahren
- [ ] vor mehreren Jahren

14. Wer hatte die Veränderungen an der Brust, z.B. einen Knoten oder eine Verhärtung, zuerst bemerkt?
- [ ] ich selbst
- [ ] mein Mann/Partner
- [ ] Hausarzt
- [ ] Facharzt

15. Ich glaube, ich habe zuerst gezögert, wegen dieser Veränderungen zum Arzt zu gehen.
[ ] ja [ ] nein

16. Manchmal habe ich Schmerzen an der Stelle, wo die Brust war.
[ ] ja [ ] nein

17. Ich habe meistens dann Schmerzen, wenn ich mich allgemein nicht wohlfühle.
[ ] ja [ ] nein [ ] unentschieden

18. Ich trage BH-Einlagen.
☐ ja ☐ nein

19. Ich finde die BH-Einlagen sehr nützlich, da ich mich damit sicherer fühle.
☐ ja ☐ nein ☐ entfällt, da nicht verwendet

20. Ich glaube, ich kleide mich jetzt modischer und gepflegter als vor der Operation.
☐ ja ☐ nein, gleich ☐ nein, eher gegenteilig

21. Ich gehe jetzt häufiger zum Friseur als früher.
☐ ja ☐ nein, gleich oft ☐ nein, eher seltner

22. Ich trage Kleider mit weitem Ausschnitt.
☐ ja ☐ nein, nicht mehr ☐ nein, nach wie vor nicht

23. Ich gläube, ich pflege jetzt meinen KÖrper
☐ mehr ☐ weniger ☐ gleich wie früher.

24. In ein öffentliches Bad gehe ich jetzt
☐ öfter ☐ seltener ☐ gleich oft wie früher.

25. Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute mich anstarren.
☐ ja ☐ nein

26. Seit meiner Erkrankung achte ich weniger auf meine Figur.
☐ ja ☐ nein, mehr ☐ nein, gleich wie früher

27. In letzter Zeit bin ich öfters niedergeschlagen.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

28. Wenn ich eine Reklame sehe, wo mit nackten Frauen geworben wird, schmerzt mich das ein bißchen.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

29. Zur Zeit treibe ich mehr Sport als vor der Operation.
☐ ja ☐ nein, weniger oder nicht mehr ☐ nein, gleichviel
☐ Ich treibe nach wie vor keinen Sport.

30. Ich glaube, ich habe lange gebraucht, bis ich die Narbe einmal in Ruhe ansehen konnte.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

31. Ich meide Situationen, wo andere meine Narbe sehen könnten.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

32. Ich habe das Gefühl, immer noch eine vollwertige Frau zu sein.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

33. Ich rauche jetzt mehr als vor der Operation.
☐ ja ☐ nein, weniger oder nicht mehr ☐ nein, gleichviel
☐ Ich bin Nichtraucherin.

34. Ich glaube, ich nehme jetzt eher eine Tablette, wenn ich mich nicht wohlfühle.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

35. Ich fühle mich zur Zeit
☐ gesund und leistungsfähig
☐ einigermaßen gesund und leistungsfähig
☐ nicht gesund und leistungsfähig

36. Ich freue bzw. freute mich sehr darauf, meine Berufstätigkeit wieder auszuüben.
☐ ja ☐ nein ☐ entfällt, da nicht berufstätig

37. In meinem Beruf kann ich mich besser behaupten als in meiner Familie.
☐ ja ☐ nein ☐ entfällt, da nicht berufstätig

38. Mein Haushalt wächst mit jetzt viel eher über den Kopf als früher.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

39. Notwendige Besorgungen machen jetzt eher Familienmitglieder oder Bekannte.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

40. Ich glaube, früher war ich lebenslustiger.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

41. Mit Freunden und Bekannten treffe ich mich jetzt
☐ häufiger ☐ seltener ☐ so oft wie früher.

42. Ich habe oft Lust, auszugehen.
☐ ja ☐ nur selten ☐ beinahe nie

43. Vor der Operation war ich mehr unter Leuten.
☐ ja ☐ nein, weniger ☐ nein, gleichviel

44. Ich bin Mitglied einer Interessengruppe (z.B. Sportverein, Partei, Gewerkschaft)
☐ ja, erst jetzt ☐ ja, schon länger ☐ nein, nicht me
☐ nein, noch nie

45. Ich pflege Kontakt mit Frauen, die auch an der Brust operiert wurden.
☐ ja ☐ nein

46. Wenn eine Frau aus meinem Bekanntenkreis vor derselben Operation stünde, könnte ich ihr mit meinen Erfahrungen helfen.
☐ ja ☐ nein ☐ ich bin nicht sicher

47. Ich glaube, ich rege mich eher über Kleinigkeiten auf als vor der Operation.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

46. Ich konnte am besten über die Operation und ihre Folgen reden (Mehrfachankreuzungen sind möglich))

- ☐ mit meinem Arzt
- ☐ mit meinem Mann/Partner
- ☐ mit meinen Kindern
- ☐ mit Verwandten oder Bekannten
- ☐ mit Leidensgenossin
- ☐ mit jemand vom Krankenpersonal
- ☐ mit Pfarrer/Theologen
- ☐ mit Sozialarbeiter

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN 49 - 53 NUR, WENN SIE KINDER HABEN, ABER AUCH WENN DIESE AUSSER HAUS SIND.

49. Ich habe meinen Kindern erklärt, was bei der Operation gemacht wurde.
☐ ja, so in etwa ☐ ja, genau ☐ nein

50. Ich glaube, ich kümmere mich jetzt mehr um meine Kinder als vor der Operation.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

51. Meine Kinder sind mir eine Stütze.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

52. Meine Kinder nehmen jetzt mehr Rücksicht auf mich.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

53. Ich glaube, meine Kinder fühlen sich durch meine Krankheit belastet.
☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

54. Ich glaube, daß ich mit einem Partner die Krankheit und die Operation besser bewältigen kann bzw. könnte.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

DIE FRAGEN 55 - 67 SIND NUR ZU BEANTWORTEN, WENN SIE ZUR ZEIT MIT IHREM PARTNER ZUSAMMEN SIND.

55. Ich schätze die Beziehung zwischen meinem Partner und mir als
- ☐ sehr harmonisch
- ☐ harmonisch
- ☐ nicht harmonisch ein.

56. Es hat sich seit der Operation etwas geändert:
- ☐ Wir sind uns näher gekommen
- ☐ Es tauchen immer mehr Konflikte auf
- ☐ Wir sind uns etwas fremd geworden
- ☐ Ich fühle mich oft unsicher in der Beziehung
- ☐ Es hat sich nichts geändert

57. Mein Partner hat die Operation so aufgenommen:

☐ Verständnisvoll	☐ gleichgültig
☐ besorgt	☐ erschüttert
☐ verständnislos	☐ verängstigt
☐ hilflos	☐ zuversichtlich

(Mehrfachankreuzungen sind möglich)

58. Mein Partner ist jetzt besorgter um mich.
☐ ja ☐ nein ☐ manchmal

59. Mein Partner hilft mir im Haushalt.
☐ ja, immer schon ☐ ja, seit meiner Operation ☐ nein

60. Ich habe das Gefühl, mein Mann habe jetzt weniger sexuelles Interesse an mir.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

61. Ich glaube, ich habe seltener als mein Mann den Wunsch nach Geschlechtsverkehr.
☐ ja ☐ nein ☐ ja, aber das war schon früher so

62. Manchmal denke ich ganz unwillkürlich an die Operation, wenn ich mit meinem Mann schlafe.
☐ ja ☐ nein, nicht mehr ☐ nein, noch nie

63. Mein Mann vermeidet es, den operierten Bereich zu berühren.
☐ ja ☐ nein ☐ nur ganz zu Anfang war es so

64. Ich glaube, ich reagiere oft empfindlicher als früher auf Bemerkungen meines Mannes.
☐ ja ☐ nein ☐ unentschieden

65. Mein Mann macht mir häufiger Komplimente als früher.
☐ ja ☐ nein, gleichviel ☐ nein, weniger

66. Manchmal befürchte ich, daß sich mein Mann anderen Frauen zuwenden wird.
☐ ja ☐ nein

67. Ich kann mit meinem Mann über meine Schwierigkeiten aufgrund der operierten Brust reden.
☐ ja ☐ nein ☐ ja, ich könnte, möchte ihn damit aber nicht belasten

---

68. Ich möchte in Zukunft gerne folgendes tun:

☐ einen Beruf erlernen
☐ eine Ganztagsarbeit annehmen
☐ außer meiner Hausarbeit eine Nebenbeschäftigun haben
☐ eine ehrenamtliche Tätigkeit ausüben

☐ mich mehr auf ein Hobby konzentrieren
☐ einmal richtig Urlaub machen
☐ ....
☐ ....
☐ .....
☐ .....

BITTE WEITERE WÜNSCHE EINSETZEN

(Mehrfachankreuzungen sind möglich)

GEBEN SIE BITTE ZU DEN FOLGENDEN FESTSTELLUNGEN IHRE PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME AB! GEBEN SIE AN, OB UND IN WELCHEM AUSMASS SIE FÜR ODER GEGEN DIE IN DEN FESTSTELLUNGEN VERTRETENE MEINUNG SIND. DAZU KREUZEN SIE BITTE BEI JEDER FRAGE EINE DER FÜNF ANTWORTMÖGLICHKEITEN AN.

1. Dauernde Berufstätigkeit macht die Frau nur zum Mannweib.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
2. Es ist eine Schande, daß Frauen für gleiche Arbeit weniger Lohn bekommen als Männer.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
3. Es ist unerhört, daß in manchen Staaten den Frauen bis heute das Wahlrecht vorenthalten wird.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
4. Frauen sollten sich mit der Betätigung in weiblichen Berufen zufriedengeben.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
5. Es ist empörend, wie viele Männer die Frau als ihren persönlichen Besitz betrachten.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
6. Eine gute Frau muß ihren Mann trotz aller Fehler lieben und achten.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
7. Es ist die Pflicht einer jeden Frau, für ihre Ehe ihre Selbständigkeit aufzugeben.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
8. Die Frau sollte sich endlich von ihrer Hörigkeit dem Mann gegenüber befreien.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
9. Frauen können nur indirekt etwas leisten, nämlich indem sie ihre Männer lieben.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen
10. Die Eheschließung sollte für die Frau keine Einschränkung irgendwelcher Rechte zur Folge haben.
☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dagegen

11. Es ist Unsinn zu behaupten, daß das Glück der Frauen im Manne liegt.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen/sehr dagegen ☐

12. Frauen können sich sehr gut auch ohne die Ergänzung durch einen Mann entfalten.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

13. Frauen sollten endlich aufhören, Männer aufgrund eingebildeter Überlegenheit zu bewundern.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

14. Man darf von keiner Frau verlangen, daß sie sich nur ihrem Mann und ihrer Familie widmet.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

15. Eine Frau sollte sich niemals außerhalb der Ehe hingeben, weil dadurch ihr Wesen zerstört wird.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

16. Frauen sollten ihre Sexualität besser unter Kontrolle halten als Männer.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

17. Wenn Frauen sorgfältig ausgebildet würden, wären sie in jeder Beziehung den Männern ebenbürtig.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

18. Frauen wollen keineswegs passiv sein; die Passivität wird ihnen mehr oder weniger aufgezwungen.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

19. Der Charakter der Frau ist unklar und schwankend.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

20. Man sollte nicht länger behaupten, daß bei Frauen der Verstand durch das Gemüt ersetzt ist.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

21. Die Frau ist körperlich und seelisch schwächer als der Mann.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

22. Man sollte von Frauen nicht verlangen, daß sie selbstlose Gattinnen und Mütter sind.

☐ sehr dafür ☐ dafür ☐ unentschieden ☐ dagegen ☐ sehr dageg

Raum für Ergänzungen:

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Akehurst, A.C. (1974)
Post-mastektomy morale
Nurs mirror 139, 66

2. Asken, M.J. (1975)
Psychoemotional aspects of mastectomy: a review of recent Literature
Am J Psychiatry 132/1, 56-59

3. Bacon, C.L., Renneker, R., Cutler, M. (1952)
A psychosomatic survey of cancer of the breast
Psychosom Med 14, 453-460

4. Bard M., Sutherland, A.M. (1955)
Adaptation to radical mastectomy
Cancer 8/4, 656-672

5. Beck D., König, U., Blaser, P., Meyer, R., Styk, I., Ryhiner, O. (1975)
Zur Psychosomatik des Mamma-Carcinoms
Z Psychosom Med 2, 101-117

6. Cocke, W.M. (1975)
Reconstruction of the breast following radical mastectomy
J Tenn Med Assoc. 68, 15-16

7. Comazzi, A.M. (1975)
Psychological problems and communication with breast cancer patients
Dynam Psychiat 8, 93-99

8. Crile, G. (1974 a)
The breast cancer controversy
Trans Stud Coll Physicians Phila 41, 243-253

9. Crile, G. (1974 b)
Management of breast cancer: limited mastectomy
JAMA 230, 95-98

10. Currier, L.M. (1966)
The psychological impact of cancer on the cancer patient and his family
Rocky Mt Med J 63, 43-48 und 68

11. Downie, P.A. (1975)
Rehabilitation of the patient after mastectomy
Nurs mirror 140, 58-59

12. Eicher, W., Herms, V. (1976)
Sexualverhalten nach gynäkologischen Operationen
Sexualmedizin 12, 861-865

13. Evans, J. (1975)
Mastectomy - the patient's point of view
Nurs mirror 140, 62

14. Freeman, B.S. (1976)
Experiences in reconstruction of the breast after mastectomy
Clin Plast Surg 3, 277-288

15. Heyde, W., Aban, P. (1973)
Ehekonflikte bei behandeltem gynäkologischem und Mamma-Karzinom
Prax Psychoth 18/2, 49-54

16. Kent, S. (1975)
Coping with sexual identity crises after mastectomy
Geriatrics 30, 145-146

17. Klein, R. (1971)
A crisis to grow on
Cancer 28, 1660-1665

18. Krameyer, A., Schmidt, H.D. (1973)
Entwicklung von Skalen zur Messung misogyner Einstellungen, 40-55
in: Schmidt, H.D., Schmerl, C., Krameyer, A., Wagner, A., Steinbach, D., Schmidt-Mummendey, A.: Frauenfeindlichkeit;
Juventa, München

19. Leis, H.P. (1971)
Selective, elective, prophylactic, contralateral mastectomy
Cancer 28, 956-961

20. Markel, W.M. (1973)
Proceedings: rehabilitation after mastectomy
Proc Natl Cancer Conf 7, 851-852

21. Müller-Christiansen, K. (1977)
Keine Radikaloperation um absolut jeden Preis
Frankfurter Rundschau 4.6.77

22. N.N. (1975)
Getting it off my chest
Midwife health visit community nurse 11, 399-400

23. Renneker, R., Cutler, M. (1952)
Psychological problems of adjustment to cancer of the breast
JAMA 148, 833-838

24. Roberts, J.M. (1975)
Mastectomy - a patient's point of view
Nurs times 71, 1290-1291

25. Schmidt, U. (1977)
Frauenselbsthilfe nach Krebsbehandlung
Fortschr Med 75, 1423-1424

26. Schrage, R. (1974)
Kompendium der Gynäkologie
Gustav Fischer, Jena

27. Wenderlein, J.M. (1976)
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei Gesundheitsstörungen der weiblichen Genitalorgane unter psychologischen Aspekten
Öff Gesundheitswes 38, 259-261

28. Wenderlein, J.M. (1977 a)
Psychosomatische Aspekte bei Mamma-Operationen, 281-282
in: Husslein, H.: Gynäkologie und Geburtshilfe
Egermann, Wien

29. Wenderlein, J.M. (1977 b)
Brust-Vorsorgeuntersuchung der Frau
Fortschr Med 95, 2117-2118

30. Woods, N.F. (1975)
Influences on sexual adaptation to mastectomy
JOGN Nursing 4, 33-47

Lebenslauf

Am 25. Februar 1953 wurde ich, Edeltraud Pauline Hartmann, als Tochter des Georg Hartmann und seiner Ehefrau Maria, geborene Vogler in Worndorf Kreis Stockach geboren. Nach dem Umzug nach Laupheim Kreis Biberach im Jahre 1955 besuchte ich dort ab 1960 die Volksschule und ab 1964 das Gymnasium, wo ich 1972 das Abitur ablegte. Danach studierte ich Medizin an der Universität Tübingen, wo ich nach dem Praktischen Jahr am Bürgerhospital in Stuttgart mit dem Staatsexamen am 25. April 1979 abschloß.
Ab Juli 1979 bis Juli 1980 arbeitete ich am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke im Fach Neurologie, von August 1980 bis Juli 1981 an den Städtischen Kliniken Dortmund im Fach Anästhesie. Danach legte ich ein Zwischenstudium ein am Institut für Waldorfpädagogik in Witten, ab Januar 1983 arbeitete ich als Assistentin und Vertretung in einer Allgemeinpraxis in Dortmund, wo ich mich auch selbst ab Januar 1984 niedergelassen habe.